



2 # 10 c

Stapelia hirsuta
gaudet

20

~~Opuntia aurantiaca~~

Crassula cordata

Opuntia cylindrica

Aloe ...

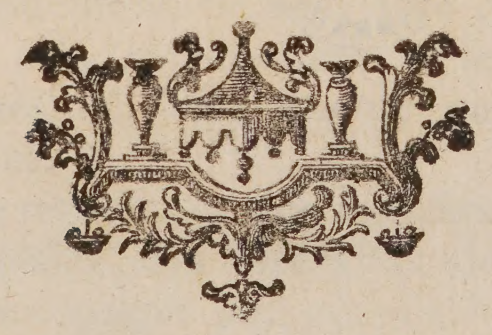
Kleinia radicans

Ogród nasz ~~[illegible]~~
tinas
jest
przez ...
[illegible]

RECHERCHES CRITIQUES SUR L'ÉTAT PRÉSENT DE LA CHIRURGIE.

Traduites de l'Anglois de M. SAMUEL SHARP, Membre de la Société Royale, & Chirurgien de l'Hôpital de Guy à Londres.

Par A. F. JAULT, Docteur en Medécine, & Professeur au Collége Royal.



A PARIS, QUAY DES AUGUSTINS,

Chez { NYON fils, à l'Occasion.
GUILLYN, du côté du Pont Saint Michel, au Lys d'Or.

M. DCC. LI.

Avec Approbation & Privilege du Roy.

Aloe chinensis gauch
id sub carinata Drat
aloe glauca col.
opuntia curassavica
glel gauch

PREFACE.

PAr le titre que j'ai donné à cet écrit, on s'attendroit peutêtre que j'aurois dit mon ſentiment ſur toutes les branches de la Chirurgie. Mais comme la plus grande partie de mon ouvrage n'eût été en ce cas-là qu'une pure répétition de ce que l'on trouve dans les Auteurs les plus approuvés, je me ſuis borné uniquement à examiner les maximes, qui, quoique généralement reçues, ſont, à mon avis, mal-fondées; & les progrès qui ſont encore peu connus.

Le traitement des tumeurs, des plaies, des abſcès, & des ulcères, paroît être eſſentiellement le même dans tous les pays de l'Europe : car ſi les re-

médes topiques dont on se sert dans ces maladies sont différens, leur but & leur effet ne laisse pas d'être le même. Je crois aussi, que tous les grands Chirurgiens sont d'accord sur la méthode de traiter les luxations & les fractures : c'est pourquoi je n'ai point fait d'observations sur ces deux articles.

Il n'y a peutêtre jamais eu de tems où l'on ait plus cultivé aucun art, que la Chirurgie l'a été depuis trente ans : & je pense que peu de gens ont contribué davantage à la perfectionner, que les Auteurs dont je cite les ouvrages dans ces Recherches critiques : c'est pourquoi, si mes remarques sont justes, je ne prétens pas néanmoins que les erreurs que j'ai indiquées doivent faire juger désavantageusement des autres parties des ouvrages

de ces illuſtres Auteurs.

M. le Dran (à qui le Public eſt extrêmément redevable pour ſes ſavans travaux) nous a donné dans ſes Obſervations de Chirurgie, & dans ſon Traité des Opérations, des inſtructions qui peuvent ſervir aux plus habiles & aux plus avancés. M. de la Faye, cet ingénieux Commentateur de Dionis, nous a pareillement communiqué dans ſes Notes, non-ſeulement ce que ſa propre expérience & ſes réflexions lui ont fourni, mais encore, comme il dit, les ſentimens & les obſervations des plus grands Chirurgiens de Paris : en effet il parle ſouvent de Meſſieurs Morand, Petit, de la Peyronie, & autres : ce qui prouve ſuffiſamment que ſon Commentaire eſt une exacte repréſentation de l'état préſent de

la Chirurgie en France. Le Traité des Opérations de Chirurgie de M. Garengeot a le désavantage d'avoir été publié il y a déja quelques années, & avant que l'on eût fait différens progrès, qui aujourdui sont universellement connus. Il contient néanmoins plusieurs cas & plusieurs remarques qui méritent toute l'attention d'un lecteur studieux. La Chirurgie de Heister est entre les mains de tout le monde; & la réputation de cet Auteur est si bien établie en Angleterre, qu'il est inutile d'en parler.

Ce sont-là les principaux Auteurs modernes qui ont écrit sur les Opérations en général. Mais nonobstant le mérite de leurs ouvrages, il y a lieu de croire qu'on peut faire encore de nouvelles découvertes: & je m'esti-

merai fort heureux, s'il paroît par ces Recherches, que j'ai fait quelque chose qui puisse contribuer à perfectionner un art dont l'avancement est d'une si grande importance pour le bonheur du genre humain.



TABLE
DES CHAPITRES.

CHAPITRE I.

Des Hernies. page 1.

CHAPITRE II.

De l'Hydrocele. 81.

CHAPITRE III.

Du Sarcocele. 116.

CHAPITRE IV.

De la Ponction du Périnée, & des Maladies de l'Urèthre. 148.

CHAPITRE V.

De la Taille. 248.

CHAPITRE VI.

Qui contient des Observations mêlées, & différens progrès de la Chirurgie. 277.

SECTION I.

Des Tumeurs de la Vessicule du Fiel. ibid.

SECTION II.

Des Pierres enkistées & adhérentes à la Vessie. 283.

SECTION III.

De l'Empyeme. 288.

SECTION IV.

De la Commòtion du Cerveau. 297.

SECTION V.

De la Fistule Lacrymale. 301.

SECTION VI.

Du Polype. 304.

SECTION VII.

De l'Extirpation des Amygdales. 307.

CHAPITRE VII.

De l'Amputation. 310.

J'Ai lû par ordre de Monseigneur le Chancelier, un manuscrit intitulé, *Recherches critiques sur l'état présent de la Chirurgie*, *par M. Sharp*, *Chirurgien de Londres*, *traduites en François par M. Jault*; & je n'y ai rien trouvé qui puisse empêcher l'impression. A Paris ce 12. Juillet 1750.

MORAND, Censeur Royal.

PRIVILEGE DU ROY.

LOUIS, par la grace de Dieu, Roi de France & de Navarre : A nos amés & feaux Conſeillers, les Gens tenans nos Cours de Parlement, Maîtres des Requêtes ordinaires de notre Hôtel, Grand Conſeil, Prevôt de Paris, Baillifs, Sénéchaux, leurs Lieutenans Civils & autres nos Juſticiers qu'il appartiendra, SALUT. Notre bien amé JEAN-LUC NYON, Libraire à Paris, Nous a fait expoſer qu'il deſireroit faire imprimer & donner au Public un Ouvrage qui a pour titre : *Recherches critiques ſur l'état préſent de la Chirurgie, par Samuel Sharp, traduites de l'Anglois* : S'il Nous plaiſoit lui accorder nos Lettres de Privilége ſur ce néceſſaires. A CES CAUSES, voulant favorablement traiter l'Expoſant, Nous lui avons permis & permettons par ces Préſentes, de faire imprimer ledit ouvrage en un ou pluſieurs Volumes, autant de fois que bon lui ſemblera, & de les vendre, faire vendre & débiter par tout notre Royaume, pendant le tems de ſix années conſécutives, à compter du jour de la date des Préſentes : Faiſons défenſes à tous Imprimeurs, Libraires & autres perſonnes de quelque qualité & condition qu'elles ſoient, d'en introduire d'impreſſion étrangere dans aucun lieu de notre obéïſſance ; comme auſſi d'imprimer ou faire imprimer, vendre, faire vendre, débiter ni contrefaire ledit ouvrage, ni d'en faire aucun Extrait, ſous quelque

prétexte que ce soit d'augmentation, correction, changement ou autres, sans la permission expresse ou par écrit dudit Exposant, ou de ceux qui auront droit de lui, à peine de confiscation des Exemplaires contrefaits, de trois mille livres d'amende contre chacun des contrevenans, dont un tiers à Nous, un tiers à l'Hôtel-Dieu de Paris & l'autre tiers aud. Exposant, ou à celui qui aura droit de lui, & de tous dépens, dommages & intérêts : à la charge que ces présentes seront enregistrées tout au long sur le Registre de la Communauté des Libraires & Imprimeurs de Paris, dans trois mois de la date d'icelles ; que l'impression dudit ouvrage sera faite dans notre Royaume, & non ailleurs, en bon papier & beaux caracteres, conformément à la feuille imprimée, attachée pour modele sous le contre-scel des Présentes ; que l'Impétrant se conformera en tout aux Réglemens de la Librairie, & notamment à celui du 10 Avril 1725 ; qu'avant de l'exposer en vente le Manuscrit qui aura servi de copie à l'impression dudit ouvrage sera remis dans le même état où l'Approbation y aura été donnée, ès mains de Notre très-cher & féal Chevalier Chancelier de France, le Sieur de Lamoignon, & qu'il en sera ensuite remis deux Exemplaires dans notre Bibliothéque publique, un dans celle de notre Château du Louvre, un dans celle de notredit très-cher & féal Chevalier Chancelier de France, le Sieur de Lamoignon, & un dans celle de notre très-cher & féal Chevalier Garde des Sceaux de

France, le Sieur de Machault, Commandeur de nos Ordres, le tout à peine de nullité des Présentes. Du contenu desquelles vous mandons & enjoignons de faire jouir ledit Exposant ou ses Ayans-causes, pleinement & paisiblement, sans souffrir qu'il leur soit fait aucun trouble ou empêchement: Voulons que la Copie des Présentes qui sera imprimée tout au long au commencement ou à la fin dudit ouvrage, soit tenue pour duement signifiée, & qu'aux Copies collationnées par l'un de nos amés & féaux Conseillers & Secretaires, foi soit ajoutée comme à l'Original: Commandons au premier notre Huissier, ou Sergent sur ce requis, de faire pour l'exécution d'icelles, tous Actes requis & nécessaires, sans demander autre permission, & nonobstant clameur de Haro, Charte Normande & Lettres à ce contraires: CAR tel est notre plaisir. DONNE' à Paris, le dix-huitiéme jour du mois de Janvier, l'An de grace mil septcens cinquante-un, & de notre Regne le trente-sixiéme. Par le Roi en son Conseil.

SAINSON.

J'ai cédé à M. GUILLYN, la moitié au présent Privilege. A Paris le 29. Janvier 1751. NYON fils.

Registré ensemble la cession ci-derriere sur le Registre XII. de la Chambre Royale des Libraires & Imprimeurs de Paris, N°. 530. Fol. 402. conformément aux anciens Réglemens, confirmés par celui du 28 Février 1723. A Paris le 29. Janvier 1751.

LEGRAS, Syndic.



RECHERCHES CRITIQUES SUR L'ÉTAT PRÉSENT DE LA CHIRURGIE.

CHAPITRE PREMIER.

Des Hernies.



Es différentes espèces de Hernies formées par la sortie des intestins & de l'épiploon hors de l'abdomen, tirent leurs dénominations ou des parties dans lesquelles elles tombent, ou des parties conte-

nues dans la tumeur. Comme cette branche de la Chirurgie paroît avoir été fort perfectionnée par les modernes, furtout en ce qui regarde l'opération pour ces maladies ; je tâcherai de marquer les progrès qu'on a fait de ce côté-là ; & pour mieux faire comprendre en quoi ils consistent, je donnerai d'abord une description anatomique du siége de chaque Hernie particuliere.

L'intestin & l'épiploon sortent quelquefois par le nombril ; & alors cela s'appelle *Hernie umbilicale*, autrement *exomphale*. Quelquefois ils sortent par les anneaux des muscles de l'abdomen ; & alors, si la tumeur n'est que dans l'aîne, c'est une *Hernie inguinale* ; si elle est dans le scrotum, c'est une *Hernie du scrotum* ; & dans ces deux cas on la nomme plus communement *bubonocele*. Lorsque l'intestin seul est sorti, on la nomme aussi *enterocele* ; lorsque c'est l'épiploon seul, *epiplocele* ; & lorsqu'ils sont sortis tous deux, *entero-epiplocele*. Quelquefois l'intestin & l'épiploon passent sous le ligament de Poupart, & tom-

bent dans la cuiſſe en ſuivant la route de l'artère & de la veine crurale ; & alors cela s'appelle une *Hernie crurale*. Quelquefois auſſi ces parties s'inſinuent entre les divers interſtices des muſcles de l'abdomen ; & alors cela s'appelle une *Hernie ventrale*. Enfin, quelquefois elles ſortent par le grand trou de l'iſchion. Les inteſtins & l'épiploon ſont les viſceres qui forment ordinairement les Hernies. Mais il y a auſſi quelques exemples de Hernies formées en tout ou en partie par l'eſtomac ou la veſſie.

Les inteſtins & l'épiploon ſont contenus au-dedans du péritoine ; tellement que quand ils ſortent de l'abdomen, ils entraînent néceſſairement avec eux le péritoine, ou s'ouvrent un chemin à travers cette membrane. Les anciens admettoient ces deux cas, croyant que quand la Hernie n'étoit pas plus bas que l'aîne, le péritoine étoit ſimplement dilaté ; & que quand elle deſcendoit juſques dans le ſcrotum, il étoit ouvert : & en conſéquence de cette derniere opinion, la maladie étoit appellée *rupture*. Les

modernes nient la rupture du péritoine, ne la croyant pas même possible dans aucune occasion que ce soit, sinon lorsqu'il y a eu auparavant une blessure au péritoine ; car alors ils conviennent que la cicatrice peut se rouvrir, & donner passage aux visceres. Mais quoique cette opinion soit aujourdui généralement reçûe ; il m'est évident néanmoins, que le péritoine, qui d'abord sera simplement tombé avec les visceres, peut aussi à la suite du tems se rompre : car j'ai trouvé l'intestin & l'épiploon au-dedans de la tunique vaginale du testicule, & contigus au testicule même ; ce qui n'auroit pû se faire s'ils avoient été envelopés d'une portion du péritoine. Il est vrai que ce cas est très-rare : car on trouve ordinairement les visceres tombés avec le péritoine, & enfermés dans un sac formé par cette membrane, & qui se nomme le sac Herniaire. Entre les différentes sortes de Hernies, le Bubonocele paroît être la plus commune ; c'est pourquoi je commencerai par l'examen de celle-là en particulier ; d'autant plus qu'étant bien

connue elle ſervira à faire bien concevoir toutes les autres eſpéces de Hernies.

Du Bubonocele.

Le Bubonocele arrive lorſque l'inteſtin ou l'épiploon, ou tous deux enſemble, ſortant par les trous des muſcles de l'abdomen, tombent dans la tunique vaginale du cordon ſpermatique, & quelquefois même dans la tunique vaginale du teſticule. Mais comme cette diſtinction entre deux tuniques vaginales, l'une du cordon & l'autre du teſticule, n'eſt pas généralement bien connue ; il ne ſera pas mal, avant que d'aller plus loin dans l'examen de cette maladie, de donner une idée anatomique de ces parties.

L'artère & la veine ſpermatiques ſont contigues à la partie poſtérieure & extérieure du péritoine, & elles ſont contenues avec les uretères & les reins dans un tiſſu cellulaire qui deſcend juſqu'au teſticule, en accompagnant toujours le cordon ſpermatique, & qui eſt couvert extérieure-

ment d'une mince aponevrose, venant de l'anneau des muscles de l'abdomen. Cette membrane externe est aussi envelopée du muscle cremaster; & on la regardoit autrefois comme une tunique vaginale commune au cordon & au testicule : mais les modernes l'ont divisée en deux : ils appellent tunique vaginale du cordon, celle qui envelope le cordon; & tunique vaginale du testicule, celle qui contient le testicule. Ils croyent que la tunique vaginale du cordon est une gaine lâche, faite pour recevoir les vaisseaux spermatiques & le vaisseau déférent. Mais l'idée d'un vuide dans cette partie est sans fondement; ces vaisseaux étant évidemment attachés l'un à l'autre & à la membrane externe par le moyen du tissu cellulaire. Néanmoins lorsque le sac herniaire tombe dans l'aîne ou dans le scrotum, ces cellules cédent à mesure qu'il avance; & la membrane externe, comme aussi le muscle cremaster qui l'envelope, sont distendus, & forment par cette distension une véritable gaine. Cette circonstance peut

avoir donné lieu à l'opinion qu'il y a naturellement un vuide dans la tunique vaginale du cordon.

La tunique vaginale du teſticule eſt une gaine lâche, faite pour contenir non-ſeulement le teſticule même, mais auſſi une petite quantité d'eau deſtinée à le lubrifier. Sa membrane externe eſt une continuation de celle qui envelope le cordon : mais ſa membrane interne eſt propre au teſticule, étant attachée au cordon ſpermatique par ſa partie ſupérieure, de façon qu'elle forme une poche particuliere. Cette partie ſupérieure de la poche qui embraſſe le cordon, étant regardée comme ſéparant la tunique vaginale du teſticule d'avec la tunique vaginale du cordon, eſt nommée à cauſe de cela la cloiſon des tuniques vaginales. Et comme on a cru que ces tuniques venoient du péritoine, on les a appellées de tout tems les prolongemens du péritoine.

Quelques modernes (1) ſachant

(1) Voyez les Opérations de Verduc, au chap. *du Bubonocele*, & les Opérations de Sharp, au chap. *du Bubonocele.*

que la tunique vaginale vient entierement de la face externe du péritoine, ont regardé comme hors de vraisemblance que les visceres s'insinuassent dans la cavité de cette membrane, & ont cru que le sac herniaire étoit situé sur le côté extérieur de la tunique vaginale, entre cette tunique & la membrane adipeuse : mais ils se sont trompés, sinon toujours, au moins le plus souvent; parce que la membrane externe de la tunique vaginale venant de la circonférence des anneaux des muscles de l'abdomen, comme j'ai dit ci-devant, elle se trouve par cette situation nécessairement ouverte pour recevoir les visceres qui tombent; en conséquence de quoi les visceres & le sac s'insinuent au-dedans de la tunique vaginale du cordon spermatique, laquelle est située au-dessus de la tunique vaginale du testicule. C'est-là le siége ordinaire de la hernie du scrotum, comme il est évident, non-seulement par la dissection, mais aussi par la distinction de la hernie intestinale, & de la hernie aqueuse ou hydrocele, lorsqu'il leur arrive d'être

compliquées enſemble ſur le même côté du ſcrotum. Néanmoins, comme je l'ai déja dit, l'inteſtin ou l'épiploon ſe trouvent quelquefois au-dedans de la tunique vaginale du teſticule, ſans être contenus dans un ſac, mais touchant immédiatement le corps du teſticule. Cette doctrine paroîtra peut-être ſurprenante, non-ſeulement parce qu'elle ſuppoſe néceſſairement une rupture du péritoine, mais encore parce que les viſceres doivent auſſi être pouſſés à travers la partie que je viens de décrire comme étant la cloiſon des tuniques vaginales.

Toutes les hernies viennent d'un relâchement des parties par où l'inteſtin & l'épiploon paſſent ; c'eſt pourquoi elles ſont pour l'ordinaire occaſionnées par des efforts violens des viſceres contre les muſcles de l'abdomen : mais quelquefois ce relâchement eſt ſi grand que la deſcente arrive au bout d'un certain tems, ſans qu'il y ait aucune autre cauſe évidente qui la produiſe. Quelques-uns (1) aſſignent

(1) Wiſeman, vol. 2. pag. 241. 5e édit. *in*-8°. Paul Eginete, page 301. édit. de Strasbourg 1542.

le peu d'épaiſſeur de cette portion particuliere du péritoine qui couvre les différentes ouvertures de l'abdomen, comme une autre cauſe des hernies. Mais quand le péritoine ſeroit dix fois plus épais qu'il n'eſt, il ne pourroit pas empêcher lui ſeul la ſortie des viſceres, ſi les ouvertures de l'abdomen étoient rélâchées.

Le Bubonocele arrive ſouvent aux enfans; mais il ſe guerit la plûpart du tems par les ſeules forces de la nature: car à meſure que les enfans croiſſent, les muſcles de l'abdomen deviennent plus roides, & ainſi ils empêchent la chûte des viſceres. Lorſque cette maladie ſurvient à des enfans d'environ deux ans, les bandages propres à contenir les viſceres au dedans de l'abdomen ſont plus néceſſaires. Il eſt vrai que la nature peut dans tous les tems de l'enfance ſurmonter la maladie; quoique cependant, plus le malade eſt avancé en âge, plus le ſecours de l'art devient néceſſaire : mais il faut toujours ſe ſouvenir que même dans la plus tendre enfance le bandage eſt utile, ſi on peut l'appliquer ſans incommoder l'enfant.

Les gens fort gras ſont pareillement ſujets à cette maladie, non-ſeulement parce qu'un gros épiploon ramollit les anneaux des muſcles, mais auſſi parce que ſon poids peut les dilater. Et quelquefois la diſpoſition des anneaux à ſe rélâcher eſt ſi grande, qu'ils ſe dilatent ſuffiſamment pour donner paſſage à une très-grande portion des inteſtins & de l'épiploon, & leur permettre de tomber dans le ſcrotum, ſans même que le malade en ſoit fort incommodé.

Au commencement d'un Bubonocele & dans la plûpart des vieux Bubonoceles, l'inteſtin rentre de lui-même dans l'abdomen dès qu'on ſe couche, ou du moins on le fait aiſément rentrer avec la main. Dans cet état de la maladie les modernes ſe contentent d'appliquer un bandage convenable, & on regarde cela comme une cure plutôt palliative que radicale. Néanmoins dans l'enfance, & quelquefois même dans un âge avancé, l'uſage conſtant du bandage produit une guériſon parfaite : car par la longue compreſſion les deux côtés de

la tunique vaginale du cordon ſpermatique peuvent devenir adherens, ou du moins ſe reſſerrer ſi fort qu'ils ne permettent plus aux viſceres de tomber : ou ſi l'inteſtin ſeul eſt réduit, & que l'épiploon demeure, ce dernier devient quelquefois adhérent, & forme un obſtacle qui empêche la chûte des viſceres. On a employé autrefois différentes méthodes pour guerir radicalement cette maladie ; & ces méthodes, quoique déſaprouvées aujourd'hui ne ſont pas toutes, à mon avis, auſſi abſurdes qu'on s'imagine.

Quelques-uns des principaux moyens que l'on mettoit en uſage pour cela, étoient la caſtration, le cauſtique, le point doré, & la ſuture royale. La premiere de ces méthodes eſt une opération ſi cruelle, qu'elle n'a jamais été approuvée par les habiles gens : elle n'a été pratiquée que par des Ambulans (1) ; & même quelques-uns d'entre eux avoient honte, à ce que l'on dit, d'avouer qu'ils emportoient le teſticule, & ils tâchoient toujours de cacher cela aux ſpectateurs.

(1) Dionis, pag. 337. 4e. édit.

Cependant, quelque violente que ſoit cette pratique, Dionis (1), ſon plus grand adverſaire, convient qu'elle réuſſiſſoit : & il eſt certain en effet, que ſi quelque choſe peut empêcher les viſceres de retomber dans le ſcrotum ou dans l'aîne, ce doit être de boucher le canal par où ils paſſent ; ce qui s'opere en liant le cordon ſpermatique avec ſa tunique vaginale, comme il ſe pratique dans la caſtration : car lorſque la ligature tombe, elle laiſſe une cicatrice ferme, laquelle étant formée par une conſolidation de ces parties, empêche que les viſceres ne tombent de nouveau.

Quand on entreprend la guériſon par un cauſtique, on tient le malade à une diete ſévere, & on lui fait garder le lit durant tout le traitement : ces deux précautions ſont pareillement néceſſaires dans les autres méthodes. Lorſque la hernie eſt réduite, on applique ſur l'endroit de la peau qui couvre les anneaux, un cauſtique de la grandeur d'un demi écu, lequel doit avoir aſſez de force & demeurer aſſez

(1) *Ibid.*

long-tems pour détruire la peau, la membrane adipeuſe, & le prolongement du péritoine, ſans bleſſer les vaiſſeaux ſpermatiques. Il faut enſuite emporter l'eſcarre, ou la laiſſer tomber d'elle-même par la ſuppuration; après quoi il eſt à préſumer que les adhérences formées à la circonférence des anneaux & aux vaiſſeaux ſpermatiques feront un obſtacle à la chûte des viſceres. Mais on a enfin reconnu par un grand nombre d'expériences, que cette méthode étoit fort incertaine; car à moins que le prolongement du péritoine ne ſoit détruit auſſi bien que la graiſſe, on ne fera rien: or, il eſt très difficile de régler ſi exactement la force du cauſtique, qu'il agiſſe préciſément juſqu'où il faut, ſans bleſſer les vaiſſeaux. Ainſi il paroît que cette méthode, après avoir été bien éprouvée, eſt aujourdui univerſellement decréditée.

Le Point doré s'exécutoit de la maniere ſuivante: Le malade étant couché ſur le dos, & la tumeur réduite, comme il ſe pratique toujours avant que d'entreprendre aucune de ces ſor-

tes d'opérations, le Chirurgien faiſoit une inciſion tranſverſale à la peau & à la graiſſe juſqu'au prolongement du péritoine ; enſuite avec une aiguille courbe il paſſoit un fil d'or ſous le cordon ſpermatique tout contre les anneaux, & avec des pincettes il tordoit les deux extrêmités du fil, afin d'empêcher toute communication entre le canal qui étoit au-deſſous du fil & celui qui étoit au-deſſus. Il falloit beaucoup d'habileté pour exécuter duement cette opération : car ſi on ſerroit trop le fil d'or, on arrêtoit la circulation du ſang dans les vaiſſeaux ſpermatiques, & par conſéquent on détruiſoit la faculté d'engendrer ; & ſi on ne le ſerroit pas aſſez, l'opération étoit inutile. Ces inconvéniens furent cauſe qu'on ceſſa peu à peu de la pratiquer, quoiqu'elle eût d'abord été approuvée par quelques bons praticiens.

La Suture royale (1) s'exécutoit de cette ſorte : On mettoit d'abord à découvert une longueur conſidéra-

(1) Dionis, page 334. Aquapendente, page 274. édit. de Padoue, 1666.

ble du prolongement du péritoine depuis les anneaux en tirant en bas; ensuite avec une aiguille droite & un fil ciré on faisoit à ce prolongement la suture du pelletier, de telle façon qu'on laissoit libres les vaisseaux spermatiques, en même tems qu'on fermoit le canal du prolongement; & par ce moyen on empêchoit le retour de l'intestin ou de l'épiploon. Le dessein de sauver plusieurs des sujets du Roi sans nuire à la faculté d'engendrer, fit donner à cette méthode le nom de Suture royale. Les modernes rejettent entierement cette opération: mais je pense qu'elle auroit ordinairement du succès, si on la faisoit avec les précautions suivantes, puisqu'elle ne différe que très-peu de la méthode pratiquée par Paré (1), Viseman (2), & autres, qui semblent favoriser cette opération.

Lorsque le prolongement du péritoine a été mis à découvert par une incision longitudinale, & que la membrane adipeuse a été un peu coupée,

(1) Liv. 8. chap. 16. de l'édit. Angloise 1678.
(2) Page 250.

de façon qu'on puiſſe prendre ſans peine le prolongement entre l'index & le pouce de la main gauche, je conſeillerois de faire alors la même ſorte de ſuture que celle dont je viens de parler, obſervant ſeulement que chaque point de ſuture aille du prolongement à travers la peau du côté qui eſt près du penis, & retourne enſuite de la peau à travers le prolongement. Et ſoit qu'on faſſe la ſuture de haut en bas, ou de bas en haut, la portion du prolongement qui eſt contigue aux anneaux, doit être couſue dans preſque tout ſon diametre avec la peau, autrement les viſceres ſortiront encore. Lorſque le prolongement eſt ainſi attaché dans ſa partie inférieure à la peau, toute ſa portion qui ſe trouve au-deſſus de la longueur de la ſuture (qui aura, je penſe, un pouce & demi de long), pourra être coupée avec des ciſeaux; ce qui facilitera la ſuppuration de la plaie.

Je n'entreprendrai pas, n'en ayant pas d'expérience, de recommander fortement cette méthode: mais ſi nonobſtant la maniere imparfaite dont on la

pratiquoit autrefois, elle ne laissoit pas d'avoir quelque succès, ce qu'on ne sauroit nier; je crois qu'étant pratiquée de la façon avantageuse que je viens de proposer, ce succès seroit beaucoup plus certain. Toutefois, pour dire ce que je pense sur cette matiere, je ne voudrois jamais engager des malades à subir une opération pour un Bubonocele, tandis qu'il est ainsi mobile; & je leur conseillerois plutôt de se contenter du soulagement que procure le bandage. Néanmoins, comme il y a des gens si incommodés de cette maladie, qu'ils veulent bien s'exposer à tout dans l'espérance d'une guérison radicale; je préférerois dans ce cas là l'opération que j'ai proposée, aux méthodes qu'on emploie maintenant. Elle doit être de sa nature plus efficace que le caustique, &, à mon avis, moins dangereuse que l'opération ordinaire pour le Bubonocele; & d'ailleurs le malade sera ensuite moins sujet à une rechûte, au lieu qu'après l'opération ordinaire pour le Bubonocele il y est fort sujet. On pourra peut-être objecter qu'il y a

grand danger qu'on ne bleſſe ou qu'on ne couſe les vaiſſeaux ſpermatiques. Mais comme ils vont le long de la partie inférieure du prolongement, on évitera ſans peine l'un & l'autre de ces inconvéniens. D'ailleurs cette ſuture n'eſt pas capable de ſerrer les vaiſſeaux ; & s'il arrivoit qu'ils fuſſent piqués, je ne crois pas que cela fût dangereux.

J'ai conſidéré juſqu'ici le Bubonocele comme une hernie que l'on peut faire rentrer dans l'abdomen quand on veut. Mais il y a une infinité de cas où il demeure conſtamment dans le ſcrotum : ce qui vient ordinairement ou de l'adhérence d'un inteſtin à un autre, & de l'inteſtin à l'épiploon ; ou bien de l'adhérence des viſceres au ſac herniaire, & du ſac à la tunique vaginale. Dans ces deux cas la coutume eſt de ſoutenir le ſcrotum avec un ſuſpenſoire, & de ne rien tenter de plus. Mais comme il eſt ſouvent arrivé (1) à des perſonnes attaquées de monſtrueux Bubonoceles, que la tu-

(1) Le Dran, page 114. Arnaud, page 292. édit. Angloiſe.

meur a entierement diſparu après une longue maladie qui les avoit obligés de garder le lit, & les avoit beaucoup amaigris; quelques modernes ont imité cette opération de la nature, & par de fréquentes ſaignées & des purgations réiterées ont tellement diminué le volume de la hernie, qu'on eſt venu à bout de faire rentrer les parties de l'abdomen, & qu'on les y a facilement contenues par un bandage convenable.

Il faut néanmoins obſerver, que cette méthode ne ſauroit réuſſir que quand les viſceres ſont ſimplement adhérens l'un à l'autre : car lorſqu'ils ſont adhérens au ſac herniaire, & le ſac à la tunique vaginale, ou lorſqu'ils ſont adhérens au péritoine au-dedans de l'abdomen, comme il arrive quelquefois, la tentative ſera inutile. Il faut encore remarquer, que comme la guériſon dépend de l'amaigriſſement des parties, plus il y a de l'épiploon dans la hernie, plus il y aura auſſi d'eſpérance de ſuccès, parce que l'épiploon diminuera plus à proportion que les autres parties. Cependant ſi la

hernie n'est formée que par l'intestin seul, cette méthode pourra pareillement réussir, surtout si les glandes de la portion du mesentère qui est dans le scrotum se trouvent gonflées : car au moyen des évacuations elles diminueront extrêmement, & par conséquent elles permettront à l'intestin de rentrer dans l'abdomen (1).

Du principe que je viens d'établir, il sembleroit que lorsque la hernie est formée par l'épiploon seul, il y auroit plus d'apparence de guérison. Mais, si je ne me trompe, il y a un cas où ce n'est pas la peine de tenter l'expérience, je veux dire, lorsque la hernie est d'un gros volume : car quoique par ce moyen on fasse rentrer l'épiploon dans l'abdomen, néanmoins lorsqu'il vient à se grossir de nouveau, comme il ne manque pas de faire quand le malade retourne à sa premiere façon de vivre, alors il retombe aisément dans le scrotum, ou bien il incommode en pressant contre la pelote du bandage. Mais le plus grand défaut de cette méthode dans toutes

(1) Arnaud, page 291. édit. Angloise.

les espèces de hernies, c'est que l'on n'a point de signe certain pour distinguer quand les parties sont adhérentes ou non au sac herniaire : & dans les personnes avancées en âge, quand même on seroit sûr que les visceres n'ont point d'adhérence avec le sac, le tort qu'on peut faire au tempérament du malade par les évacuations nécessaires, seroit encore une autre difficulté contre cette méthode.

Je vais maintenant examiner le Bubonocele dans le degré de la maladie où les visceres qu'il contient sont enflammés, & en même tems étranglés par les anneaux des muscles. Cet état est très-dangereux ; & quoique souvent les remedes y apportent du soulagement, souvent aussi le mal se termine par la gangrêne des parties, à moins qu'on ne fasse cesser l'étranglement en dilatant les anneaux de l'abdomen : ce procédé s'appelle l'opération du Bubonocele.

Quelques Chirurgiens d'un très-grand jugement, croyant que cette opération n'est nullement dangereuse par elle-même, prétendent que les

mauvais ſuccès dont elle eſt fréquemment ſuivie, viennent uniquement de l'état déſeſperé où eſt le malade avant que de vouloir la ſubir. Mais quoiqu'il ſoit vrai que ces mauvais ſuccès ne feroient pas ſi fréquens qu'ils ſont aujourdui, ſi les malades ſe ſoumettoient à l'opération dès que l'étranglement commence; toutefois je ne ſaurois m'empêcher de croire, que l'opinion qu'elle n'eſt point dangereuſe, eſt mal-fondée; & il me paroît ſurprenant que cette idée ſoit ſi univerſelle, tandis que l'on ſait que les membranes épaiſſes ſuppurent rarement ſans danger. Or, dans cette opération on met à découvert non-ſeulement la tunique vaginale qui eſt épaiſſie, mais encore le péritoine; & les anneaux tendineux des muſcles doivent ſuppurer avant que la plaie puiſſe être guerie. D'ailleurs, expoſer les viſceres à l'air, & les manier de la façon qu'on eſt obligé de le faire dans l'opération lorſqu'on les fait rentrer dans l'abdomen, cela peut vraiſemblablement être quelquefois nuiſible. Mais ce qui prouve encore mieux l'incer-

titude de cette opération, c'eſt que plusieurs ſont morts enſuite, quoiqu'elle eût été faite long-tems avant qu'on vît paroître les ſymptomes d'une mortification prochaine. Il eſt donc très-important d'eſſayer auparavant les méthodes les plus efficaces pour faire rentrer les viſceres dans l'abdomen ſans le ſecours de l'opération, juſqu'à ce qu'une gangrêne prochaine, ou du moins quelques autres ſymptômes preſſans, obligent d'en venir-là.

Mais il faut avouer, que de déterminer exactement le tems précis de faire l'opération, c'eſt un point très-délicat, & qui demande le diſcernement le plus exquis.

Comme l'inflammation des viſceres, & tous les autres ſymptomes qui accompagnent l'étranglement du Bubonocele, paroiſſent évidemment venir de ce que les anneaux ſerrent la tumeur, l'intention des Chirurgiens a été dans tous les tems de faire ceſſer cette compreſſion, & de diſſiper l'inflammation. Pour y réuſſir, l'uſage des ſaignées copieuſes & des lavemens réiterés a été univerſellement approu-

vé

vé. Quelques-uns (1) comptent beaucoup ſur les lavemens de fumée de fort tabac. On a ordinairement appliqué des cataplaſmes émolliens & huileux pour rélâcher les fibres tendineuſes des anneaux, & on les a fait précéder par des fomentations émollientes. Mais quelques célébres praticiens (2) ont rejetté toutes les applications chaudes, ſuppoſant que dans une inflammation les vaiſſeaux ſont déja dilatés par la raréfaction du ſang, & que les douches chaudes doivent par conſéquent augmenter le mal.

Sur ce principe, ils ſont tombés dans une autre extrêmité, & ont recommandé l'application de l'eau froide, s'imaginant qu'elle condenſeroit les fluides, & qu'en diminuant ainſi le volume de la tumeur, elle la mettroit en état d'être réduite. Mais je crois pouvoir avancer hardiment, que l'eau froide appliquée ſur cette ſorte d'inflammation eſt une choſe dangereuſe; & il y a d'autres Chirurgiens outre

(1) Heiſter, page 807.
(2) Belloſte, Chirurgien d'Hôpital, vol. 2. page 156. 3e. édition de Paris.

moi, qui, quoiqu'ils approuvent l'application de l'eau froide au commencement de l'étranglemement, défendent néanmoins (1) de l'employer lorſque l'inflammation eſt conſidérable. Il faut cependant obſerver, que les partiſans de cette doctrine citent leur expérience pour la confirmer. Mais j'eſtime que dans le cas préſent, ainſi que dans pluſieurs autres, l'expérience peut bien être un guide trompeur : car ſi l'inflammation ſubſiſte pluſieurs jours, la hernie, de même que toute autre partie du corps, ſe trouve alors tellement diminuée par les évacuations & par la fiévre ſymptomatique, qu'il eſt aiſé de faire rentrer les parties ; & c'eſt ce que nous voyons arriver fort ſouvent, non-ſeulement après qu'on a employé la méthode ordinaire, mais encore lorſqu'on a entierement négligé les applications.

§ La purgation dans cette maladie eſt preſque univerſellement condamnée, ou plutôt il n'en eſt pas même fait mention dans ce tems-ci. Celſe (2) dit

(1) Heiſter, page 807. Corter, page 352.
(2) Liv. 7. chap. 20. édit. de Leyde, 1730.

que la purgation peut bien augmenter la hernie, mais ne sauroit la diminuer, & cela est peutêtre vrai. Néanmoins j'ai souvent vû donner de deux en deux ou de trois en trois heures des purgatifs en petites doses, telles que l'estomac pouvoit les supporter, &, ce me semble, avec un bon succès. Je dis, ce me semble, parce que je ne suis pas sûr du fait: mais il peut arriver que le mouvement péristaltique des intestins soit tellement augmenté, qu'en agissant sur le boyau qui est voisin du sac herniaire il fasse sortir de dedans le sac une partie de celui qui y est contenu, & qu'ainsi il donne moyen au reste du boyau de rentrer ensuite dans l'abdomen.

Mais tous ces moyens serviront ordinairement de peu, à moins que le Chirurgien ne tâche de faire rentrer la hernie dans l'abdomen; & cela est d'une telle importance, qu'on ne manque jamais de faire tous ses efforts pour en venir à bout, avant que de mettre en usage les moyens dont j'ai parlé. Pour y réussir plus surement, tous les Chirurgiens conviennent que

les fesses du malade doivent être placées plus haut que sa tête, & ses genoux pliés, afin que le ventre étant ainsi incliné, les visceres puissent rentrer avec plus de facilité. Les Chirurgiens (1) veulent aussi que la poitrine soit toujours un peu panchée en devant, afin que les muscles de l'abdomen soient dans un état de relâchement, croyant que s'ils étoient tendus, les anneaux seroient plus serrés, & en conséquence augmenteroient l'étranglement. Mais il m'est si souvent arrivé, immédiatement après avoir essayé en vain cette méthode, de réussir à faire la réduction en suspendant le malade la tête en bas & les genoux pliés, sur les épaules d'un homme fort & vigoureux, que je suis porté à croire que la tension des muscles de l'abdomen n'est pas un obstacle à la rentrée des visceres : & il est très-probable que le poids de tous les visceres contenus dans l'abdomen tirant perpendiculairement en bas ceux qui sont contenus dans le sac herniaire, peut beaucoup contribuer à les en déloger ;

(1) Le Dran, page 116.

ſurtout s'il eſt vrai que lorſqu'on trouve de la difficulté à les réduire entiérement, on peut ſur ce principe achever la réduction en plaçant le malade ſur le côté opposé à la hernie (1).

La réduction avec la main doit ſe faire avec beaucoup de précaution ; & dans le bubonocele on doit toujours s'efforcer de pouſſer les parties vers l'os des îles, parce que la hernie eſt dans cette direction. Il ne faut pas comprimer trop rudement, ni abandonner d'abord l'entrepriſe, parce que ſouvent en maniant long-tems la tumeur on réuſſit enfin à la réduire. Peut être que par ce moyen les matieres fécales ſeront inſenſiblement pouſſées de la hernie dans l'abdomen ; ce qui diminuant le volume de la tumeur pourra la rendre plus mobile. Il ſe peut auſſi que par la compreſſion la graiſſe ſoit pouſſée des cellules de l'épiploon qui ſont au-deſſous des anneaux, dans les cellules qui ſont au-deſſus ; ce qui diminuera pareillement le volume de la hernie. Enfin il peut arriver quelquefois qu'une portion de l'inteſtin

(1) Le Dran, page 117.

mêlée avec l'épiploon, s'en débarraſſe; & que rentrant dans l'abdomen elle donne moyen au reſte de la tumeur de faire la même choſe. Quelques-uns, lorſqu'ils veulent faire la réduction, envelopent le ſcrotum avec une flanelle trempée dans une fomentation chaude. Mais je penſe qu'il eſt plus commode de manier la partie lorſqu'elle eſt ſèche, & qu'on emploie la main nue. Il ne faut pas déſeſperer du ſuccès, quoiqu'on ne réuſſiſſe pas d'abord; mais il faut renouveller ſes efforts de tems en tems, à moins qu'on n'aperçoive les ſymptomes d'une gangrêne prochaine. Il ſera toujours avantageux de faire une ſaignée: car ſi par hazard le malade tombe en foibleſſe, le relâchement des anneaux & la diminution de la tenſion dans la hernie, qui arriveront durant la foibleſſe, fourniront une occaſion qu'on ne doit pas négliger. C'eſt pourquoi le malade doit être aſſis lorſqu'on le ſaigne, parce que dans cette ſituation il ſera plus diſpoſé à tomber en défaillance.

La méthode de piquer les inteſtins

avec une groſſe aiguille de pelletier, afin de les faire rentrer en procurant la ſortie de l'air & en diminuant leur volume, eſt condamnée par tous les modernes, quoique ſur des fondemens qui ne ſont pas des plus ſolides : car je ne crois pas qu'un nombre de piquures ſuffiſant pour évacuer une certaine quantité d'air doive être nuiſible aux inteſtins (1). Mais comme cette méthode ne ſauroit être pratiquée utilement que dans une hernie inteſtinale, & que perſonne n'en a eu beaucoup d'expérience, ſinon l'auteur (2) qui la recommande ; il faut attendre de nouvelles expériences avant que de l'approuver ou de la rejetter abſolument.

Si tous les moyens dont j'ai parlé, ſont inutiles, il ne reſte d'autre reſſource que l'opération : mais, comme j'ai déja dit auparavant, il eſt très-difficile de déterminer exactement le tems le plus convenable pour la faire. Quelques-uns (3) diſent que ſi la hernie n'eſt que de l'inteſtin, l'opération

(1) Dionis, page 86.
(2) Pierre Lowe.
(3) Gorter, page 352. & 790.

ne doit pas être différée plus de vingt-quatre heures : d'autres, pas plus de quarante-huit, ſurtout dans les jeunes gens, dans leſquels on prétend que la mortification arrive plus vîte que dans les perſonnes d'un âge avancé. Mais ſi l'épiploon accompagne l'inteſtin, tous conviennent qu'on peut attendre davantage ſans péril (1) : car l'épiploon environnant l'inteſtin & lui ſervant comme d'un couſſin mollet, empêche ce grand étranglement auquel la hernie inteſtinale eſt ſujette.

Cette remarque eſt ſi vraie, qu'il ſeroit à ſouhaiter que les règles établies pour diſtinguer une eſpèce de hernie d'avec l'autre fuſſent plus certaines : car l'épaiſſeur & la tenſion du ſac herniaire ſont ordinairement ſi grandes qu'on ne peut pas toujours diſtinguer évidemment quelles ſont les parties contenues dans la tumeur lorſqu'elle eſt enflammée. Et quant aux différens ſymptomes que produiſent les différentes hernies, je penſe qu'on ne doit pas y compter davantage : car

(1) Heiſter, page 790.

quoique les symptomes d'une hernie intestinale soient en général, comme je l'ai indiqué, plus pressans que ceux des autres hernies, on ne laisse pas d'y rencontrer une infinité d'exceptions. Dans quelques malades qui sont morts peu de tems après un étranglement, on a trouvé beaucoup de l'épiploon dans le sac herniaire avec l'intestin; & en d'autres qui ont langui plusieurs jours avec un entérocele, on a trouvé, en faisant l'opération, que l'intestin étoit très-peu endommagé. Il est même quelquefois difficile de distinguer une épiplocele d'avec un entéro-épiplocele : car quoique le passage libre depuis l'estomac jusqu'à l'anus soit le signe caractéristique de l'épiplocele, il y a néanmoins des exemples où une partie seulement de la circonférence de l'intestin s'étoit insinuée dans les anneaux, & laissoit passer les matieres fécales. Au contraire on a vû des exemples où tous les symptomes d'un étranglement de l'intestin paroissoient, & en faisant l'opération on a trouvé que ce n'étoit qu'un épiplocele (1).

(1) Garangeot, vol. 2. page 257 & 258. édit. 2.

C'eſt pourquoi j'eſtime que la connoiſſance exacte des parties contenues dans une hernie (ſuppoſé qu'on pût les connoître) n'eſt pas auſſi ſuffiſante pour nous guider qu'on l'a avancé communement; & qu'il doit dépendre de l'habileté des Chirurgiens de déterminer auſſi par d'autres ſymptomes, ſi en différant davantage l'opération le malade ne ſera pas trop épuiſé, & s'il n'y a pas danger d'une gangrêne des parties. Ce dernier accident eſt ordinairement mortel : il n'y a point cependant de Chirurgien bien employé, qui n'ait rencontré des exceptions à cette règle; & c'eſt juſtement par la connoiſſance que l'on a eu de la poſſibilité de ces exceptions (1), que les modernes ont ſi fort perfectionné l'opération du bubonocele.

Voici la maniere ordinaire de faire cette opération : On fait d'abord une inciſion à la peau en la pinçant tranſverſalement dans l'endroit qui couvre les anneaux ; puis, ayant inſinué une ſonde crênelée entre la graiſſe & la tunique vaginale, on étend l'inciſion de

(1) Heiſter, page 808. Le Dran, page 123.

la longueur d'un pouce au-dessus des anneaux, & d'une longueur considérable au-dessous en tirant vers le fond du scrotum. Mais c'est une méthode beaucoup plus facile & plus prompte de commencer d'abord l'incision un pouce ou deux au-dessus des anneaux, & de la continuer tout de suite aussi loin que l'on a dessein de la pousser : ce qu'un homme accoutumé aux dissections peut exécuter sans aucun danger.

Quand on a ainsi coupé la membrane adipeuse, il faut avec le bistouri la séparer de la tunique vaginale ; ce qui donnera la commodité d'ouvrir cette membrane & le sac herniaire de la maniere la plus convenable aux circonstances de la maladie. Quand la hernie est récente, on dit que le sac est mince : ainsi on peut le pincer légérement entre le doigt index & le pouce, & y faire une petite ouverture avec un bistouri ou des ciseaux, sans aucun risque de blesser l'intestin ; après quoi on peut y introduire une sonde crénelée pour inciser par-dessus avec un bistouri, ou bien on peut dilater

l'incifion avec des cifeaux à bouton.

Mais lorfque la hernie eft ancienne, les lames de fes membranes font extrêmement épaiffies, & fi tendues qu'on ne fauroit les pincer pour faire l'incifion. Dans ce cas-là on recommande de pouffer obliquement entre les lames une fonde crénelée & pointue, les coupant à mefure que la fonde avance, jufqu'à ce qu'on arrive audedans du fac herniaire; & enfuite de procéder de la façon que je viens de décrire. On prend cette précaution afin de n'être pas en danger de bleffer les inteftins : mais c'eft une manœuvre ennuyeufe, & je doute fi elle eft plus fûre que d'augmenter la petite ouverture en coupant par degrés à travers les différentes lames avec la pointe du biftouri. Quelque petite que foit l'ouverture, cela importe peu : car pourveuqu'elle permette feulement à la pointe mouffe d'une fonde de pénétrer dans le fac, on peut en foulevant cette pointe dilater à fon gré l'orifice. Mais ordinairement il y a de l'eau dans le fac, laquelle jaillit par l'ouverture, & montre évidemment qu'il y a de

l'eſpace pour dilater la plaie ſans danger. Il faut avouer cependant que c'eſt-là une partie de l'opération qui demande peutêtre plus de dextérité à opérer que toute autre.

Quand le ſac herniaire a été mis à découvert depuis ſon fond juſqu'aux anneaux des muſcles, & que les vaiſſeaux ſanguins ont été liés, ſuppoſé qu'il ſoit ſurvenu une hémorragie, il faut alors continuer l'opération ſelon l'état où l'on trouvera les viſceres. Dans un entéro-épiplocele, ſi l'épiploon n'eſt point tombé en mortification, il eſt à propos de le faire rentrer tout entier dans l'abdomen avec l'inteſtin : mais il arrive rarement que les malades veuillent ſe ſoumettre à l'opération avant que quelque partie de l'épiploon ſoit gangrenée. Pour faciliter la réduction de l'inteſtin & de l'épiploon, il faut dilater les anneaux; & pour cet effet les modernes ont inventé une grande variété d'inſtrumens. Mais quelque ingénieuſes que puiſſent paroître leurs différentes inventions, comme je ſuis perſuadé qu'il n'en eſt aucune auſſi commode que le biſtouri

courbe avec une pointe mouſſe, je n'entrerai pas dans l'examen des bonnes ou mauvaiſes qualités de ces inſtrumens, & je me contenterai de recommander celui dont j'ai parlé, & avec lequel j'ai toujours dilaté les anneaux des muſcles ſans piquer les inteſtins. La maniere de faire cette dilatation eſt d'abaiſſer l'inteſtin en le preſſant avec le doigt index, & enſuite introduiſant le biſtouri entre le doigt & les anneaux, de les dilater un peu obliquement par en haut & extérieurement environ l'eſpace d'un pouce; ce qui ſuffira.

J'ai propoſé d'ouvrir le ſac herniaire avant que de dilater les anneaux. Mais pour éviter le moindre riſque de bleſſer les inteſtins en exécutant cette dilatation, on peut la faire dez qu'on a ſéparé de la tunique vaginale la peau & la membrane adipeuſe, c'eſt-à-dire, avant que d'ouvrir le ſac; car alors il eſt preſque impoſſible d'encourir ce danger: mais pluſieurs raiſons m'empêchent de recommander ce procédé. Premiérement, il peut arriver qu'en faiſant ceſſer l'étranglement, les viſce-

res rentrent tout-à-coup dans l'abdomen & entraînent avec eux une portion gangrenée de l'épiploon ou de l'inteſtin, laquelle portion doit néceſſairement être coupée avant que de réduire les parties ſaines. Secondement, la hernie peut ſe trouver d'une nature à ne pas exiger la dilatation des anneaux : car on dit (1) qu'en tirant un peu davantage l'inteſtin, de l'abdomen dans la hernie, cela fera ceſſer quelquefois l'étranglement & rendra la réduction facile, ſans qu'on dilate les anneaux. Enfin il peut arriver que le ſac herniaire ſoit tellement reſſerré qu'il exige abſolument d'être dilaté, comme il ſera expliqué plus au long.

La plûpart des auteurs parlent du danger de bleſſer l'artère épigaſtrique en dilatant les anneaux, & recommandent différens moyens d'arrêter l'hemorragie. Mais comme cette artère eſt ordinairement beaucoup plus proche de la ligne blanche de l'abdomen que de l'endroit où ſe fait cette inciſion, & que d'ailleurs elle eſt ſi

(1) Le Dran, page 126. Verduc, page 24. édit. de Paris 1693.

fort au-dessus de la hernie, elle n'est pas aussi exposée que ces auteurs le représentent : & quand il arriveroit de blesser un vaisseau aussi gros que l'artère épigastrique, cela n'embarasseroit guére, ou même point du tout, un Chirurgien qui sait faire usage de l'aiguille courbe.

J'ai parlé jusqu'ici de dilater le sac jusqu'aux anneaux, & ensuite de dilater les anneaux pour faire cesser l'étranglement : mais on a découvert depuis peu, que le serrement des anneaux n'est pas la seule cause de l'étranglement de l'intestin ; & cette découverte a ouvert un nouveau champ aux progrès de la Chirurgie. On reconnoît universellement, depuis que la premiere idée (1) en fût donnée, il y a environ vingt-cinq ans, que l'entrée du sac herniaire est capable de se contracter au point de comprimer l'intestin, & de produire les mêmes symptomes que le serrement des anneaux. Il y a des exemples (2) où la

(1) Le Dran, observ. 58. Arnaud, page 382. édit. Angloise.

(2) Le Dran, observ. 58. Arnaud, page 372, &c. Dionis, page 324.

hernie

hernie ayant été réduite dans l'abdomen, tous les ſymptomes n'ont pas laiſſé de continuer comme auparavant, nonobſtant la réduction. Dans quelques cas le malade eſt mort, & en ouvrant le cadavre il a paru que le ſac herniaire avoit été repouſſé avec les viſceres dans l'abdomen, où continuant de comprimer auſſi fortement les viſceres que lorſqu'il étoit dans l'aîne, il avoit enfin cauſé la mort. En d'autres cas la même choſe s'eſt découverte par l'opération : & il eſt à remarquer qu'alors la dureté de la tumeur ſe fait ſentir au doigt lorſqu'on l'introduit dans le paſſage par où la hernie s'eſt formée ; ce qui ſert à nous faire connoître l'exiſtence du cas dont je parle. De plus, lorſque le ſac herniaire rentre avec l'inteſtin, cela ſe fait ſans aucun bruit, au lieu que quand l'inteſtin rentre ſeul, on peut entendre le bruit qu'il fait dans ce mouvement ; & cette circonſtance ſert à diſtinguer l'un de ces deux cas d'avec l'autre.

Il n'y a guére lieu de douter que cette contraction de l'entrée ou col

du ſac herniaire ne vienne ordinairement de la compreſſion du bandage, qui obligeant les deux côtés du ſac de ſe toucher preſque l'un l'autre dans l'endroit qui eſt près des anneaux des muſcles, le déterminent à ſe contracter de la ſorte. Mais quoique j'ai parlé ici du ſac herniaire qui rentre avec les viſceres lorſqu'on réduit la hernie, il faut néanmoins remarquer que le cas n'eſt pas fort commun; car dans la plûpart des hernies il ne rentre que les viſceres, & le ſac reſte dans l'aîne ou le ſcrotum : du moins toutes les fois que j'ai fait l'opération, ou que j'ai examiné la choſe dans les cadavres, j'ai trouvé le ſac herniaire fortement adhérent à la ſurface interne de la tunique vaginale, & je n'ai point aperçu une poche au-dedans d'une autre, mais une poche ſeule avec une membrane forte épaiſſe : de ſorte que ce n'eſt pas ſeulement le ſac herniaire mais encore la tunique vaginale qui ſubit cette altération, lorſqu'elle arrive au-dehors de l'abdomen.

Au reſte la plus grande utilité qui réſulte de la connoiſſance que nous

avons de la poſſibilité de cette altération du ſac herniaire, c'eſt l'inſtruction qu'elle nous donne de faire l'inciſion du ſac auſſi grande que celle des anneaux, c'eſt-à-dire, d'environ un pouce de longueur; ce qui ſuffira ordinairement, quand même il y auroit une contraction. Mais, quelque ſûre que puiſſe paroître cette règle, il eſt toujours à propos pour plus grande ſûreté, d'introduire l'index de la main gauche dans le ſac; car on peut connoître par ce moyen s'il reſte encore quelque partie du ſac qui ſoit reſſerreé.

Avant qu'on fît attention à cette circonſtance, & lorſqu'on croyoit que le ſerrement des anneaux & l'adhérence des viſceres au ſac herniaire étoient les ſeuls obſtacles naturels qui empêchoient la réduction des inteſtins; ſi un pareil cas venoit à ſe préſenter, & qu'on ne dilatât que les anneaux, le malade mourroit néceſſairement, parce que l'étranglement ne diminuoit point. Il faut cependant avouer, que Cyprianus (1), quoiqu'il

(1) *Epiſtola de foetu ex uteri tu[illegible]ciſo*, p. 82[illegible]

ne connût pas cet accident, a recommandé autrefois de beaucoup dilater les anneaux & le ſac; & il dit que cette grande dilatation facilite extrêmement la réduction des viſceres.

Pour moi, je penſe qu'on ne ſauroit trop fortement recommander de faire une grande inciſion, quand même il n'y a pas de contraction du ſac: car lorſque l'inciſion eſt grande, non-ſeulement on manie moins rudement les inteſtins enflammés & preſque gangrenés, que l'on veut réduire, mais on évite encore les ſymptomes fâcheux qui ſurviennent lorſqu'on bleſſe des parties tendineuſes ſans les inciſer, comme il peut arriver quelquefois dans ce cas-ci à des opérateurs timides, qui ſe contentent de faire une légére inciſion aux bords des anneaux ſans aller plus loin.

La dilatation des anneaux des muſcles, & du col du ſac herniaire, doit ſe faire dans l'ordre que j'ai dit, ſi les parties contenues dans la hernie ſont encore ſaines: mais s'il y en a quelque portion qui ſoit gangrenée, il faut la couper auparavant, ſoit que ce

ſoit de l'épiploon ou de l'inteſtin. Lorſque l'épiploon eſt gangrené, la méthode ordinaire d'y remédier eſt de faire une ligature autour de la partie ſaine près de l'extrêmité de la portion gangrenée, & de couper cette portion un peu au-deſſous de la ligature, laiſſant pendre le fil hors de la plaie, afin de pouvoir le retirer lorſqu'il ſe ſéparera de la partie ſaine. Le but de cette ligature eſt de prévenir l'hémorragie que l'on ſuppoſe qui pourroit ſurvenir.

Mais cette méthode a un inconvénient : car ſi une portion conſidérable du colon vient à tomber, & qu'on faſſe la ligature de l'épiploon près de l'endroit de ſon inſertion ; lorſque cet inteſtin ſera repouſſé dans l'abdomen, il ne pourra réprendre ſa premiere ſituation, à cauſe qu'il ſera gêné par la ligature ; & les efforts continuels qu'il fera pour ſe remettre dans ſon premier état pourront avoir des ſuites très-fâcheuſes. Il eſt vrai qu'on peut les prévenir en quelque maniere en faiſant pluſieurs ligatures à l'épiploon ; mais c'eſt une manœuvre incommode : &

après tout je crois que l'appréhension que l'on a qu'il ne survienne une hémorragie, est sans fondement; car je n'ai jamais trouvé le moindre inconvénient à couper la partie gangrenée tout contre la partie saine, & cela avec des ciseaux, comme on feroit un morceau d'étoffe, pourveuqu'on ne la coupe pas tandis que l'épiploon est amoncelé dans le scrotum, mais après l'avoir étendu. D'ailleurs en coupant l'épiploon de la sorte, on agit avec une précaution qui ne sauroit être trop recommandée dans certaines hernies où il n'est tombé au-dessous des anneaux qu'une petite portion de l'intestin. J'ai fait l'opération dans des cas où cette portion d'intestin, ensevelie dans une grande quantité de l'épiploon, étoit si petite, que si je ne l'en avoit débarassée en séparant avec beaucoup de soin l'épiploon, j'aurois couru risque de l'enfermer dans la ligature.

Je ne nie pas toutefois, que quand les symptomes d'un étranglement de l'intestin sont assez évidens, on ne recommande d'être soigneux à le cher-

cher : mais je crois malgré cela, que la méthode que j'ai conſeillée de couper l'épiploon, eſt le plus ſûr moyen de découvrir l'inteſtin : & cette méthode étant conſtamment ſuivie nous fait apercevoir notre erreur avant qu'il y ait encore aucun mal, lorſqu'il ſe trouve une portion de l'inteſtin dans une hernie que nous avions ſujet de regarder comme une ſimple hernie de l'épiploon, & que nous aurions en conſéquence traitée comme telle.

Les partiſans de la ligature allégueront ſans doute, que comme l'épiploon n'eſt pas coupé dans ſa partie ſaine ; lorſqu'il ſera remis dans l'abdomen, ſon extrêmité gangrenée ſe ſéparera, & flottant dans l'abdomen deviendra pernicieuſe aux viſceres. Mais je penſe que cette portion gangrenée étant très-peu conſidérable, ou elle ſe conſume d'elle-même, ou bien elle ſort par la plaie ; car, comme j'ai dit auparavant, je n'ai jamais trouvé qu'il en ait réſulté aucune ſuite fâcheuſe.

Quelques Chirurgiens ont extirpé tout l'épiploon contenu dans la hernie,

quoiqu'il ne fût pas gangrené : mais je crois que c'eſt une pratique téméraire, & je ſuis bien éloigné d'être en cela d'une opinion ſinguliere ; car un célébre praticien (1) défend non-ſeulement d'extirper ainſi l'épiploon, mais ordonne même de le laiſſer plutôt dans la plaie que de le couper, quoiqu'on ne puiſſe pas le faire rentrer dans l'abdomen ; & il dit qu'au bout de deux ou trois jours il rentrera de lui-même. Pour moi je ne vois pas clairement que l'extirpation en pareil cas ne ſoit pas convenable ; car il y a toute apparence que l'épiploon ayant été ainſi expoſé à l'air pourra être gangrené dans le tems qu'il rentrera dans l'abdomen.

La maniere de réduire les viſceres quand ils ne ſont ni gangrenés, ni bleſſés, ni adhérens, eſt ſuffiſamment expliquée chez tous les auteurs : mais dans ces trois cas les modernes ſeuls méritent d'être conſultés. Une mortification des inteſtins dans la hernie a été regardée juſqu'à ces derniers tems comme un mal ſans remede. On rap-

(1) Le Dran, page 132.

porte

porte de Rau (1), qu'ayant ouvert une hernie, & trouvant les parties gangrenées, il quitta son bistouri, & ne poussa pas plus loin l'opération, abandonnant le malade, qui mourut le lendemain.

Les Chirurgiens d'aujourdui ont surmonté ce préjugé : ils ont vû de légéres gangrênes cesser après l'opération, & ils ont rencontré quelquefois des exemples de guérison, où le scrotum s'étant séparé de lui-même, avoit fourni un issue aux matieres fécales. De-là ils ont conclu, que si on coupoit la partie gangrênée, si on faisoit cesser l'étranglement, & si on procuroit aux matieres une issue libre, on pourroit vraisemblablement conserver la vie au malade, qui sans ce secours n'auroit pas manqué de périr.

Le recueil des différens cas où une grande longueur d'un intestin mortifié a été coupée & séparée de la hernie, est maintenant devenu fort considérable (2). Parmi ces cas il y en a

(1) Heister, page 816.

(2) Dionis, page 352. 354. Heister, page 818. Chefelden, page 170. édit. 3.

quelques-uns où l'on a emporté la longueur de cinq ou six pieds du boyau, & les malades ont été sauvés. Mais nonobstant ces exemples de guérison, le Chirurgien doit toujours se souvenir que la gangrêne des boyaux est très-dangereuse, & que si l'on a quelquefois réussi à la guerir, il ne faut jamais cependant compter là-dessus. C'est toujours en effet une entreprise douteuse, malgré le succès que l'on a eu dans certains cas désespérés, & même lorsque le malade seroit mort en peu d'heures si l'on n'avoit pas fait cesser l'étranglement, & procuré aux matieres fécales une issue libre.

Lorsque l'intestin gangrené a été séparé à chacune de ses extrêmités de l'intestin sain, il faut coudre ensemble les deux ouvertures de ce dernier, si on peut le faire sans trop de violence. Mais il arrive quelquefois qu'elles sont adhérentes, ou qu'elles sont si mal situées qu'on ne sauroit les amener à se toucher. Dans ce cas-là il faut les attacher avec un point d'aiguille aux bords de la plaie, afin d'empêcher que

(1) Arnaud, page 344. édit. Angloise.

les matieres fécales ne s'évacuent dans l'abdomen; & déſlors l'extrêmité du boyau ſupérieur ſervira d'anus. Il peut arriver néanmoins, quoiqu'on laiſſe l'inteſtin s'ouvrir dans l'abdomen, qu'il ſoit tellement comprimé près des anneaux, que les matieres ne puiſſent s'évacuer à moins qu'on ne dilate ſon orifice. On évitera cet inconvénient ſi on fait d'une bonne grandeur l'inciſion des anneaux.

On propoſe différentes ſortes de ſutures pour réunir les deux extrêmités du boyau ſain; mais je doute s'il y en a aucune de préférable à la ſuture entrecoupée. Il faut qu'une des extrêmités du boyau entre dans l'autre de la longueur d'un demi quart de pouce, ou d'une ligne & demie, & qu'elle y ſoit arrêtée par trois ou quatre points de cette ſuture. On peut faire paſſer un de ces points à travers le péritoine près des bords de la plaie; ce qui en tenant le péritoine contigu à la plaie, aidera à former cette adhérence que nous trouvons ſi abſolument néceſſaire pour la conſolidation des membranes. Cette réunion des deux ex-

trêmités de l'inteſtin ſain ſemble avoir été exécutée ſur les animaux dans les gangrênes de leurs boyaux, quelques années avant qu'elle fût introduite dans la pratique de la Chirurgie, comme nous liſons dans Cheſelden (1), qui eſt un des premiers qui ait donné l'idée de cette opération, que l'on doit mettre au rang des progrès remarquables de la Chirurgie.

Le danger que l'on craint de l'évacuation des matieres fécales dans l'abdomen, a engagé les modernes à couper une certaine longueur de l'inteſtin, quand il n'eſt pas entierement gangrené, mais ſeulement par-ci par-là, en certains endroits ſéparés. Ils diſent, que ſi on faiſoit rentrer l'inteſtin en cet état, les matieres ſe vuideroient dans la cavité de l'abdomen lorſque l'eſcarre viendroit à ſe ſéparer; & que par conſéquent, ſi le nombre des eſcarres eſt grand, la méthode qu'ils propoſent, eſt à conſeiller; mais que s'il n'y a qu'une ou deux eſcarres, il faut attendre quelques jours pour qu'elles ſe ſéparent, ou bien les pi-

(1) Edit. 3. page 172.

quer avec une lancette, afin que les boyaux ſe déchargent de ce qu'ils contiennent ; & tenir les inteſtins dans le ſcrotum juſqu'au jour ſuivant, auquel tems on préſume que la plus grande partie des matieres ſera évacuée ; & alors on peut réduire la hernie en toute ſûreté : après quoi il faut coudre la plaie de l'inteſtin avec le péritoine. En prenant cette précaution, on croit que la plaie ou les plaies de l'inteſtin adhéreront plus promptement aux parties voiſines, que ſi les matieres couloient ſans interruption par la plaie.

Mais pour exécuter comme il faut un pareil procédé, il eſt beſoin du jugement le plus conſommé. Car quoique ce qui a été enſeigné autrefois (1) ne ſoit pas vrai, ſavoir que les inteſtins ſe corrompent dez qu'ils ſont expoſés à l'air ; il eſt très-certain néanmoins qu'ils peuvent recevoir du dommage d'être ainſi expoſés ; & je crains un peu que l'idée de ceux qui ſont perſuadés que cette méthode eſt innocente, ne les rende quelquefois trop précipités à juger que les inteſtins

(1) Celſe, liv. 7. ch. 16.

ſont gangrenés, quoique réellement ils ne le ſoient pas : car ſouvent, lorſqu'ils ſont froids & preſque noirs, ils reprennent leur chaleur & leur couleur naturelle dez qu'ils ſont rentrés dans l'abdomen. Mais ce qui demande plus particuliérement notre attention ſur ce ſujet, c'eſt le grand nombre de cas où les matieres fécales venant d'un inteſtin gangrené ont été évacuées ſans danger par la plaie ; & d'un autre côté le peu d'exemples que l'on a produit juſqu'à préſent d'un inteſtin gangrené qui ait été gardé pluſieurs jours dans le ſcrotum ſans aucune mauvaiſe ſuite.

Cependant les modernes eſtiment que de tenir les inteſtins hors de l'abdomen pendant un tems conſidérable après l'opération, eſt une choſe ſi peu dangereuſe en comparaiſon de l'évacuation des matieres fécales dans l'abdomen, que quelques-uns (1) ne veulent pas qu'on recouſe auſſitôt une plaie de l'inteſtin faite par accident durant l'opération, mais conſeillent d'attendre le lendemain, auquel tems ils approuvent qu'on faſſe la réduction.

(1) Le Dran, page 130.

Dans ce cas & dans le précédent ils recommandent de passer un fil à travers le mesentère près l'endroit où il s'attache à l'intestin, & de conduire ce fil autour de l'intestin (& apparemment aussi à travers la peau de la plaie), afin de le retenir dans le scrotum ; autrement après la dilatation des anneaux il rentreroit de lui-même dans l'abdomen.

Lorsqu'une portion considérable de l'intestin gangrené a été coupée, on dit qu'il peut survenir une hemorragie des vaisseaux du mesentère. Je crois que la chose arrive rarement : mais lorsqu'elle arrive, il faut recommencer la ligature aussi souvent qu'il sera nécessaire.

Il reste maintenant à examiner comment il faut s'y prendre lorsque des adhérences empêchent la réduction des visceres. Dans ce cas-là l'adhérence est quelquefois récente, venant de l'inflammation actuelle des parties ; & lorsque cela arrive, on sépare aisément les visceres d'avec le sac ; & un viscere d'avec l'autre, en les détachant doucement avec les doigts.

D'autres fois les viſceres ſont ſi fortement collés l'un à l'autre par une ancienne adhérence, que la ſéparation eſt très-difficile, ſi même elle n'eſt pas impraticable. Dans ce cas-là, ſi les viſceres ne ſont pas adhérens au ſac, il faut les réduire tous avec leurs adhérences; ce qui peut ſe faire aiſément pourveuqu'on ait bien dilaté les anneaux. Mais quand l'adhérence au ſac eſt ancienne, la plûpart des auteurs d'aujourdui recommandent d'abandonner la réduction. Dans cette circonſtance nos prédéceſſeurs tâchoient de ſéparer par la diſſection les viſceres d'avec le ſac & le teſticule, & très-ſouvent ils y réuſſiſſoient. Mais les modernes parlent du danger de bleſſer les inteſtins dans cette opération, & recommandent ſeulement de diminuer l'étranglement en dilatant les anneaux & en laiſſant les viſceres dans le ſcrotum, à moins qu'il n'y ait auſſi une grande quantité de l'épiploon; auquel cas on peut en couper & emporter tout ce qui n'eſt pas adhérent.

Dans ces hernies anciennes & adhérentes, il tombe quelquefois une

nouvelle portion de l'intestin, laquelle souffre ensuite un étranglement (1). Quand cela arrive, l'opération consiste à dilater les anneaux, & à réduire seulement cette portion de l'intestin : j'entends dans la supposition qu'il est réellement impossible de séparer les adhérences : car j'ai trouvé moi-même, comme un auteur récent (2) l'a aussi observé, que les adhérences ne sont pas universelles, mais formées par un certain nombre de petits freins, que l'on peut aisément couper avec des ciseaux, soit qu'ils soient dans le sac même, ou dans le col du sac au-dedans de l'abdomen ; après quoi la réduction peut avoir lieu. L'idée de séparer les adhérences d'avec le péritoine au-dedans de l'abdomen, n'est pas une chose nouvelle : car c'est une des principales raisons qui ont porté Cyprianus (3) à conseiller de beaucoup dilater les anneaux.

Entre les autres moyens (4) que l'on a inventés pour perfectionner l'o-

(1) Dionis, page 348.
(2) Arnaud, page 316. édit. Angloise.
(3) Cyprianus, page 83. Dionis, page 348.
(4) Dionis, page 344.

pération du bubonocele, on a recommandé dans les hernies récentes de faire rentrer les viſceres dans l'abdomen ſans ouvrir le ſac, dans la perſuaſion que le malade ſeroit moins expoſé à une rechûte : mais je ne trouve pas que cette idée ait été favorablement reçue. Il ſemble en effet que les objections que l'on fait contre cette nouvelle méthode ſont ſans replique : car ſouvent il y a dans le ſac une eau fétide, qui peut devenir pernicieuſe lorſqu'elle ſe vuide dans l'abdomen : ſouvent l'épiploon & l'inteſtin ſont gangrenés, quoique la hernie ſoit récente ; & ſi on n'emporte pas l'épiploon corrompu, & qu'on ne faſſe pas une ouverture pour l'iſſue des excrémens, il y a toute apparence que quand l'eſcarre ſe ſéparera de l'inteſtin, l'événement ſera funeſte.

Il y a eu de grandes diſputes pour ſavoir quelle ſorte d'application convenoit le mieux à la plaie. L'uſage des tentes longues & épaiſſes a été autrefois très-célébre ; mais à la fin les tentes ont été rejettées en faveur des bourdonnets. Cependant, ſi après la réduc-

tion l'intestin fait effort pour sortir par la plaie, on peut le contenir plus efficacement par un ou deux points de suture, que l'on passera seulement par les bords de la peau. Quant à la maniere de traiter le malade après l'opération, tous les auteurs sont à peu près de même sentiment là-dessus.

L'opération du bubonocele dans les femmes ne différe pas beaucoup de celle qui se fait sur les hommes, quoique le sac herniaire soit plus simple, n'ayant point de tunique vaginale où il soit enfermé, comme dans les hommes. Dans le bubonocele des femmes les visceres tombent dans l'aîne, ou dans les lèvres de la vulve, par l'ouverture qui donne passage aux ligamens ronds de la matrice; & on fait cesser l'étranglement par la dilatation de ces ouvertures. On a conseillé, comme un moyen de perfectionner l'opération (1), de faire, après que les visceres sont réduits, une ligature autour du sac, afin que quand il sera guéri, il ne reste plus de communication avec l'abdomen pour une

(1) Le Dran, page 132.

nouvelle chûte des viſceres. Par la même raiſon on pourroit recommander pareille choſe dans toutes les hernies crurales : mais on la défend dans le bubonocele des hommes, parce que les vaiſſeaux ſpermatiques ſe trouveroient ſerrés par la ligature. Je crains néanmoins que cette ligature ne ſoit peu judicieuſe dans tous ces cas ; parce que d'empêcher les évacuations qui ſuivent quelquefois la réduction de la hernie, ce ſeroit peutêtre courir un trop grand riſque, en vûe de prévenir un accident, auquel, quand il arriveroit, il ſeroit ſi facile de remédier par un bandage.

La hernie crurale eſt cauſée par la chûte de l'inteſtin ou de l'épiploon dans l'intérieur de la cuiſſe, à travers l'ouverture que forme l'arcade de l'os pubis & le ligament de Poupart, en ſorte que la tumeur ſe trouve ſituée ſur l'artère & la veine crurale. Les ſymptomes que produit cette ſorte de hernie, ſont à peu près les mêmes que ceux du bubonocele, & demandent à peu près le même traitement, ſi ce n'eſt que quand on la réduit, il faut

pouſſer l'inteſtin vers la ligne blanche, au lieu que dans le bubonocele il faut le pouſſer vers l'os des îles.

La hernie crurale eſt beaucoup plus fréquente dans les femmes que dans les hommes ; & on attribue cette différence à la largeur de leurs os innominés, qui fourniſſent plus d'eſpace aux viſceres lorſqu'ils ſont violemment comprimés : mais j'avoue que je ne vois pas la raiſon de cette conſéquence. J'ai entendu dire à la vérité qu'un bubonocele habituel avoit été guéri par une groſſeſſe : & ſi la matrice étoit toujours diſtendue comme elle l'eſt dans la groſſeſſe, elle pourroit peut-être repouſſer les viſceres depuis les anneaux vers les l'os des îles ; quoique je penſe qu'alors même elle empêcheroit également une hernie crurale & une hernie inguinale : enſorte que cette ſituation des viſceres ne nous fait pas entendre pourquoi la hernie crurale ſurvient plus ſouvent aux femmes qu'aux hommes. Ainſi je crois que la véritable raiſon de cela, c'eſt que les ouvertures par où paſſent les cordons ſpermatiques dans les hommes, ſont

en général, à cauſe de leur grandeur, plus ſujettes à ſe dilater que celles par où paſſent les vaiſſeaux cruraux; & que les ouvertures qui donnent paſſage aux ligamens ronds dans les femmes, ſont à cauſe de leur petiteſſe, moins capables de ſe dilater que les autres ouvertures.

Il eſt très-remarquable, que cette maladie étant auſſi commune qu'elle eſt, perſonne ne l'ait jamais décrite avant Verheyn (1); ou ſi quelqu'un l'a décrite, ç'a été en termes ſi obſcurs qu'on n'y peut rien comprendre. L'opération conſiſte principalement à faire ceſſer l'étranglement en coupant le ligament de Poupart. Mais comme de rapporter toutes les particularités qui regardent cette opération, ce ſeroit à peu de choſe près, répéter ce que j'ai dit ſur le bubonocele, je me contenterai par cette raiſon d'en marquer la circonſtance la plus extraordinaire. La maniere la plus ſimple de couper le ligament ſeroit d'aller perpendiculairement de bas en haut, par le milieu

(1) *Ejus Anatomica, cap. de Periton.* derniere édit.

du ligament ; & en ſuivant la règle de faire une grande inciſion, celle qu'on feroit ici auroit un pouce de longueur. Mais cette règle, ſi utile dans l'opération du bubonocele, ſeroit ici pernicieuſe : car les vaiſſeaux ſpermatiques, dans leur route vers le ſcrotum, ſe trouveroient alors ſitués ſi directement en travers de l'inciſion, qu'on les couperoit néceſſairement. Ainſi pour éviter un ſi grand inconvénient, je conſeille de faire l'inciſion obliquement de dedans en dehors, & par ce moyen on ne bleſſera point les vaiſſeaux ſpermatiques. Quelques Chirurgiens (1), qui ne paroiſſent pas ſe mettre en peine de l'objection que j'ai propoſée, ſe précautionnent plutôt contre le danger de couper l'artère épigaſtrique, que l'on pourroit en effet bleſſer par la méthode que j'ai preſcrite. Mais je dirai hardiment que c'eſt-là un accident qui ne doit pas embaraſſer le moins du monde un opérateur : car quand l'artère épigaſtrique ſeroit beaucoup plus groſſe qu'elle n'eſt, on pourroit incontinent la

(1) Le Dran, page 138.

ſaiſir pour y faire une ligature; tant l'uſage de l'aiguille courbe eſt maintenant devenu familier.

Dans le bubonocele & la hernie crurale, quelquefois les inteſtins grêles, & quelquefois le colon ou le cæcum, forment la tumeur : mais le cæcum ſe rencontre plus ſouvent dans la hernie crurale que dans le bubonocele.

De l'Exomphale.

Quelques modernes (1) mettent en queſtion, ſi les viſceres ſont contenus dans un ſac herniaire lorſqu'ils ſortent par le nombril; au lieu que d'autres modernes parlent d'un ſac herniaire ſans héſiter. Il n'eſt pas étonnant que les ſentimens ſoient partagés là-deſſus, parce que le cas n'eſt pas le même dans les différens ſujets, & que les Chirurgiens ne jugent que par les cas qu'ils ont obſervés. En faiſant l'opération pour cette ſorte de hernie, j'ai rencontré moi-même un ſac extrêmement épaiſſi : mais peut-être que ſi j'avois fait cette opération lorſque la

(1) Dionis, page 107.

maladie

maladie est beaucoup plus avancée, je n'aurois pas trouvé de sac. Et ce qui semble confirmer ce sentiment, c'est que dans une autre opération que je fis pour un exomphale, je trouvai le péritoine crevé en certains endroits, tandis qu'en d'autres endroits il en restoit des filamens tous entiers; & par-tout où ces filamens du péritoine étoient tendus, ils arrêtoient manifestement les intestins, ensorte qu'ils causoient ces enfoncemens & ces éminences qui paroissoient dans cette occasion, & qui se rencontrent souvent dans la hernie umbilicale.

C'est la nature des membranes de s'épaissir jusqu'à ce qu'elles soient arrivées à une certaine étendue; après quoi elles deviennent plus minces à mesure qu'elles sont plus tendues, & enfin elles crêvent. C'est ce qui arrive dans l'anevrisme, &, à ce que je crois, dans plusieurs hernies. Je pense aussi que c'est uniquement par-là qu'on peut rendre raison d'un phénomene surprenant, qui est le contact des visceres avec le testicule dans une sorte de bubonocele. Dans cette occasion

il est probable que non-seulement le sac herniaire même, mais aussi le fond de la tunique vaginale du cordon spermatique, appellé autrement la cloison des tuniques vaginales, a été percé par les visceres ; après quoi les visceres tombent dans la tunique vaginale du testicule.

Lorsque l'exomphale est petit & facile à réduire, on peut, suivant toute apparence, le guerir radicalement, en détruisant la poche que forme la peau, soit par un simple fil qu'on lie autour de sa base, soit par un double fil qu'on passe par le milieu de la poche, & qu'on lie au-dessus & au-dessous ; & cette derniere ligature est moins sujette à s'échaper. Par ce moyen la portion supérieure de la poche périt, & la portion inférieure devient une ferme cicatrice qui est adhérente au nombril, & qui empêche le retour de la hernie. Plusieurs d'entre les anciens ont recommandé cette méthode. Entre les modernes aucun Auteur ne la conseille excepté Saviard (1), qui la pratiqua deux fois avec succès : mais

(1) Observ. 9.

ſes malades étoient jeunes. Heiſter (1) ſemble ſe plaindre de ce qu'elle eſt devenue ſi abſolument hors d'uſage; quoiqu'il diſe que c'eſt une choſe douteuſe, ſi un bandage convenable n'auroit pas operé la guériſon dans ces deux cas. Pour moi je ſuis tellement de l'avis de Heiſter par rapport à l'efficacité du bandage, que je ne penſerois jamais à l'opération lorſqu'on peut en appliquer un convenablement (2).

L'opération ſe fait beaucoup plus rarement pour l'exomphale que pour aucune ſorte de hernies que j'ai décrites; & des opérations qui ſe font, il y en a beaucoup moins à proportion qui réuſſiſſent. L'exomphale vient communément aux gens fort gras, enſorte qu'il y a d'ordinaire beaucoup

(1) Heiſter, 788.

(2) Au ſujet du grand progrès qu'a fait la Chirurgie par l'uſage des bandages, *Fabrice d'Aquapendente*, page 247. rapporte une anecdote fort remarquable de *Fabricio de Norſia*, le plus habile Chirurgien de ſon tems pour les deſcentes. Il dit qu'autrefois ce Chirurgien faiſoit chaque année l'opération ſur environ deux cens malades; mais qu'alors il la faiſoit à peine ſur vingt, ayant trouvé par expérience qu'un bandage avec une application aſtringente guériſſoit les hernies.

de l'épiploon dans la hernie : & comme il eſt ou adhérent ou gangrené, on ſe trouve obligé d'en couper une grande portion, laquelle étant priſe de ſon milieu & non pas de ſon extrêmité, comme dans les autres hernies, peut, ſuivant toute apparence, le rendre moins capable de guériſon. D'ailleurs la ſituation du nombril ne favoriſe pas l'iſſue de la matiere & des eſcarres, comme le fond de l'abdomen; enſorte qu'elles ſe répandent autour de l'abdomen, & produiſent à la fin un événement funeſte, quelque flatteuſes que ſoient les apparences durant quelque tems.

La méthode ordinaire d'exécuter l'opération lorſque les viſceres ſont enflammés, eſt de faire une inciſion cruciale à la peau, & de mettre le ſac à nud; après quoi on l'ouvre avec les mêmes précautions que dans les autres hernies. Mais quoique j'ai exécuté moi-même de la ſorte cette opération, je crois néanmoins que c'eſt un procédé fatiguant & inutile; car il eſt auſſi aiſé de faire tout d'un tems une petite ouverture à la peau & au ſac,

que de la faire ſeulement à la peau. C'eſt pourquoi lorſqu'il y a moyen d'introduire le doigt ou une ſonde crénelée, on peut avec le biſtouri ou les ciſeaux à bouton couper de la peau & du ſac un morceau circulaire aſſez grand pour mettre les viſceres à découvert : après quoi en abaiſſant avec l'index l'inteſtin, s'il s'y en trouve, on peut dilater l'ouverture d'environ un demi pouce ou davantage du côté gauche, en tirant un peu obliquement en haut. C'eſt ainſi que j'ai fait moi-même depuis peu cette opération.

Il y a eu pluſieurs exemples d'exomphales, où une grande longueur de l'inteſtin s'étant gangrenée, & enſuite ſéparée de la partie ſaine, le nombril eſt devenu un anus artificiel. Je penſe donc que ſi on avoit plus ſouvent la précaution d'emporter l'inteſtin gangrené, & de dilater l'anneau, pour donner aux matieres fécales une iſſue libre; quelques-uns des malades qui périſſent aujourdui pourroient être ſauvés : & peut-être auſſi que dans certains cas les deux extrêmités de l'inteſtin ſain pourroient être réunies,

comme il ſe pratique dans le bubonocele. Mais de tenter une telle opération lorſque le malade eſt preſque à l'agonie, cela a tout l'air d'une manie de couper. Néanmoins, comme dans le cas d'une mortification avancée l'inciſion ſeroit fort peu douloureuſe; je crois, quoiqu'elle ſoit un remède fort hazardeux, qu'elle conviendroit toujours dans un cas auſſi déſeſperé.

De la Hernie ventrale.

C'eſt une maladie où les viſceres s'avancent entre les interſtices des fibres des muſcles dans quelque endroit de l'abdomen. Cependant les hernies les plus remarquables de cette eſpèce ſe trouvent entre les muſcles droits dans quelque endroit de la ligne blanche. Celſe (1) décrit cette hernie, & recommande pour une guériſon radicale la même méthode que celle qui eſt propoſée pour l'exomphale. Mais les modernes ne traitent ces maladies que par des bandages, à moins qu'elles

(1) Ch. 17.

ne soient accompagnées d'étranglement ; car alors il faut, comme dans les autres hernies, dilater l'ouverture par où passent les visceres. Il est fort nécessaire d'empêcher l'augmentation de la hernie ventrale qui est entre les muscles droits, & cela pendant qu'elle est encore petite : car si les malades négligent de porter un bandage, la tumeur devient énorme. Il est vrai que la même chose arrive aussi à un certain point dans les autres espèces de hernies : & nous n'avons point de plus forte preuve de la disposition d'une fibre animale à s'étendre peu à peu, que l'étendue prodigieuse que des substances compactes, telles que les circonférences tendineuses des ouvertures qui donnent passage aux visceres, acquiérent par des corps aussi mous que l'épiploon & l'intestin qui s'insinuent par ces ouvertures.

De la Hernie du trou ovale.

La chûte des visceres par le trou ovale de l'os pubis, ou grand trou

de l'ischion, comme quelques-uns l'appellent, est une autre sorte de hernie, premiérement observée par les modernes. Le cas est rare; mais il se rencontre quelquefois. La tumeur dans les hommes se forme près du périnée; & dans les femmes, près d'une des grandes lèvres. Dans les deux sexes elle est située sur le muscle obturateur externe, entre le pectinée & la premiere tête du triceps. On dit ordinairement qu'elle se forme par le relâchement du ligament & des muscles obturateurs qui remplissent le trou: mais on sait maintenant que le ligament (1) manque à un côté de la circonférence de l'os, pour donner passage à quelques gros vaisseaux; & que les visceres s'insinuent par ce défaut, en le dilatant à mesure qu'ils avancent.

Lorsque l'intestin souffre un étranglement dans cette hernie, les symptomes sont les mêmes que ceux des autres hernies qui ont déja été décrits, & ils demandent le même traitement pour réduire les visceres. Après la

(1) Mémoires de Chirurgie, page 709.

réduction il faut inventer un bandage particulier qui puisse être ajusté à la situation de la tumeur. Mais si après avoir inutilement tenté la réduction, la gangrêne survient, il faut faire l'opération, afin de faciliter la rentrée des viscères; & si quelqu'un est assez hardi pour l'entreprendre, il doit dilater de dehors en dedans le défaut naturel du ligament; ce défaut étant à l'endroit du trou qui est près de la cavité de l'os innominé. Mais je crois que jusqu'ici personne n'a jamais exécuté cette opération dans tous ses points. (1)

De la hernie de l'estomac.

La hernie de l'estomac paroît justement au-dessous ou un peu à côté du cartilage xiphoïde, dans la ligne blanche, entre les muscles droits. Elle n'a jamais été bien décrite que depuis quelques années : mais à présent on en a plusieurs histoires. Il arrive souvent que quand on est couché, l'estomac

(1) Mémoires de Chirurgie, page 715.

retourne dans ſa vraie place (2), enſorte que le malade eſt à ſon aiſe dans cette poſture : mais les efforts continuels, avec d'autres ſymptomes qui accompagnent le déplacement de l'eſtomac, font à la fin périr le malade. Le ſeul remède néceſſaire dans cette maladie eſt un bandage convenable, & il eſt toujours efficace.

De la hernie inteſtinale du vagin.

Il y a une autre ſorte de hernie, où le vagin devient ſi mince après beaucoup de groſſeſſes, qu'il céde à l'impulſion des inteſtins, & leur permet de deſcendre au-deſſous de l'orifice externe du vagin. Je crois que ce cas eſt très-rare ; mais il mérite beaucoup d'attention, parcequ'on peut aiſément s'y tromper en le prenant pour une chute du vagin. On a trouvé par expérience, que l'application d'un peſſaire ordinaire y eſt nuiſible, mais qu'un peſſaire de figure ronde eſt commode, & ſoutient la hernie.

(1) Mémoires de Chirurgie, page 702. Arnaud, Préface, page 32, édit. Angloiſe.

De la hernie cystique, ou hernie de la vessie urinaire.

Ruysch (1) est le premier qui ait parlé de cette maladie. Il la fit connoître sur la fin du dernier siécle, & il dit qu'il n'en avoit rencontré qu'un exemple. Après lui M. Mery (2) donna l'histoire de trois cas de cette espèce, qu'il avoit observés. Depuis ce tems-là plusieurs auteurs ont parlé de cette hernie; mais je ne trouve pas qu'ils joignent à ce qu'ils en disent aucune observation qui leur soit propre : ce qui me fait croire que la hernie de la vessie doit être regardée comme une maladie très-rare. Dans le cas que rapporte Ruysch, il paroît que la tumeur étoit formée dans le scrotum par la vessie seule, précisément comme dans le premier des trois cas dont parle M. Mery. Ces deux malades étant morts furent ouverts, & on trouva que dans tous deux la vessie étoit tombée par les anneaux des muf-

(1) Observ. 98. *Centuriæ.*
(2) Histoire de l'Académie des Sciences, page 1713.

cies de l'abdomen. M. Mery dit, que la veſſie étoit adhérente au ſcrotum; mais Ruyſch ne dit point ſi cela étoit ou non.

Les ſymptomes de cette hernie ſont une tumeur avec fluctuation, laquelle tumeur s'affaiſſe entiérement lorſque le malade urine; auſſi eſt-il obligé pour cet effet de la hauſſer & de la preſſer. On dit que ſi la veſſie n'eſt pas beaucoup ſerrée par les anneaux, le malade peut uriner ſans la comprimer: mais peutêtre n'eſt-ce qu'une conjecture. On aſſure auſſi que dans les femmes la hernie eſt quelquefois dans les deux aînes, étant cauſée par la compreſſion que fait une matrice diſtendue, qui partage la veſſie en deux cavités diſtinctes (1), & leur donne par ce moyen une diſpoſition à ſortir par les anneaux. Quoique la choſe ſoit poſſible, je ne lis cependant aucun cas qui en prouve l'exiſtence; & il eſt remarquable que parmi les cinq obſervations de Ruyſch & de Mery, il n'eſt parlé que d'une hernie cyſtique d'une femme groſſe; & dans cette hernie

(1) Anatomie de Palfin, page 152.

une partie du fond de la vessie avoit été poussé en bas, & formoit une tumeur entre l'anus & l'orifice externe du vagin, à peu près semblable à celle que produit la chûte de la matrice, dont plusieurs auteurs ont parlé (1).

On croit que la hernie cystique est causée, ou par une suppression d'urine, qui en distendant la vessie & détruisant son elasticité, peut la rendre flasque, & par ce moyen capable de passer par les anneaux ; ou bien par le poids de la matrice, qui dans les femmes grosses la presse de chaque côté (2), comme j'ai dit auparavant. Mais supposé que la vessie soit flasque & flotante, il est surprenant comment elle pourroit s'insinuer par les anneaux, puisqu'elle n'est nullement capable de faire aucun effort de cette nature. Si la hernie cystique se trouvoit toujours compliquée avec une hernie intestinale, il seroit aisé de concevoir que la vessie pourroit être tirée en bas avec le sac du péritoine : & c'étoit justement cette difficulté d'expliquer la descente de la vessie seu-

(1) *Thesaur.* 8. n°. 102. Tolet, Peyerus.
(2) Histoire de l'Academie, &c. 1717.

le, qui engagea M. Mery à attribuer cet accident à une formation contre nature des parties. Mais peutêtre que quand nous ſerons mieux inſtruits de l'hiſtoire de cette maladie, nous trouverons que la cauſe qu'on en donne ici eſt la plus ordinaire. Dans les deux ſeuls exemples que je ſache avoir jamais rencontrés de cette hernie, elle étoit compliquée avec un bubonocele: & quoiqu'il puiſſe paroître préſomptueux de ſoupçonner Ruyſch ou Mery de s'être trompés dans ce qu'ils ont rapporté de cette maladie, il y a néanmoins dans les cas dont parlent ces deux auteurs certaines circonſtances qui porteroient à croire qu'elles étoient peutêtre compliquées avec un bubonocele, ou du moins qu'elles en avoient été précédées.

Ruyſch dit, que ſon malade mourut d'un bubonocele qui tomba tout-à-coup dans le ſcrotum, & qui n'ayant pû être réduit fût bientôt gangrené. L'obſervation de cet auteur n'eſt pas rapportée fort exactement. Peutêtre que ſi elle l'avoit été, il s'y ſeroit trouvé quelque circonſtance qui auroit

éloigné tout ſujet de ſoupçon. Mais de la maniere dont elle eſt rapportée, il me paroît probable qu'il y avoit toujours quelque inteſtin de la partie, quoique non pas en auſſi grande quantité que quand il ſouffre un étranglement. A la vérité Mery dit expreſſément, que dans ſes deux malades, qui étoient des hommes, la tumeur diſparoiſſoit entiérement lorſqu'ils urinoient; d'où il conclut que c'étoit l'urine ſeule qui formoit la tumeur. Mais dans ce cas-là même la conſéquence eſt douteuſe, parceque les malades ne pouvoient jamais uriner ſans comprimer la tumeur; & cette compreſſion pouvoit auſſi réduire l'inteſtin en même tems qu'elle déſempliſſoit la veſſie. Il eſt vrai auſſi qu'en ouvrant le cadavre d'un de ces deux malades, Mery ne trouva dans la hernie que la veſſie adhérente : mais quand on fait réflexion combien il eſt probable que par la ſituation d'un malade obligé de garder le lit, l'inteſtin pouvoit rentrer dans l'abdomen, il n'eſt pas ſurprenant que Mery ne l'ait pas trouvé dans le ſcrotum, quoiqu'il y eut été lorſ-

que le malade étoit ſur pied : & ce qui porteroit encore davantage à croire qu'avec une telle diſpoſition des parties il y avoit une hernie inteſtinale, c'eſt que dans l'autre aîne il y avoit réellement un bubonocele. J'avoue que cette critique eſt un peu hardie : & peutêtre que j'aurai enſuite occaſion de retracter tout ce que je viens d'avancer.

Le traitement de la hernie cyſtique dépend des circonſtances de la maladie. Si la veſſie ſe peut réduire, un bandage ſera convenable pour empêcher qu'elle ne retombe. Si la veſſie eſt adhérente, il ne faudra appliquer qu'un ſuſpenſoire, parcequ'un bandage ſeroit inutile, en ce qu'il empêcheroit que l'urine ne coulât dans la hernie, & que d'ailleurs en comprimant la veſſie il cauſeroit de la douleur, & ſeroit peutêtre nuiſible.



CHAPITRE II.

De l'Hydrocele.

J'Eſtime que les modernes en définiſſant cette maladie ſe ſont tous jettés dans une diviſion erronée, qui ne peut que troubler un jeune lecteur. Ils nous diſent qu'il y a deux ſortes d'hydrocele, l'une qui ſe fait par infiltration, & l'autre par extravaſation. Ils croyent que l'hydrocele qui attaque la membrane cellulaire du ſcrotum, eſt produit par infiltration; & que celui qui ſe forme dans les membranes du ſcrotum, eſt l'effet d'une extravaſation. Mais cette diſtinction ne paroît fondée ni ſur le raiſonnement ni ſur les diſſections anatomiques: car l'eau qui eſt logée dans les cellules de la membrane cellulaire du ſcrotum, eſt auſſi évidemment extravaſée que celle qui eſt contenue dans les membranes de cette partie; enſorte qu'il y a également une extravaſation dans les deux cas. Et quant au terme *d'in-*

filtration, par lequel on prétend faire entendre que la maladie augmente goute à goute, ou, comme on s'exprime, par diſtillation, il eſt auſſi peu fondé ; parceque la lenteur de l'augmentation eſt commune aux deux eſpèces d'hydrocele ; & par conſéquent il eſt improprement appliqué à l'une pour la diſtinguer de l'autre. Que ſi la diſtinction dont j'ai parlé mérite d'être cenſurée, je crois qu'en examinant les choſes il paroîtra que les deſcriptions que l'on donne ordinairement de la maladie même ne ſouffrent pas moins de difficultés.

La multiplicité des ſiéges que l'on attribue à l'hydropiſie du ſcrotum, eſt une doctrine ſans fondement ; auſſi a-t-elle toujours rendu fort embaraſſante l'étude de cette maladie. Mais pour mieux faire voir la fauſſeté de cette prétendue variété d'eſpèces d'hydrocele, je montrerai d'abord les véritables ſiéges des eaux lorſque par leur collection dans le ſcrotum elles forment la maladie qui porte ce nom, & qui eſt également connue par ceux d'hernie aqueuſe, d'hydropiſie du ſcro-

tum, & d'hydropiſie du teſticule.

Il n'y a que deux ſortes d'hydrocele ; l'une, où l'eau eſt logée dans les cellules de la membrane cellulaire du ſcrotum ; l'autre, où elle eſt contenue au-dedans de la tunique vaginale du teſticule : cette derniere eſpèce peut dans ce ſens être regardée comme une hydropiſie enkyſtée ; & pour me conformer à la coutume je l'appellerai auſſi de la ſorte.

Dans la premiere eſpèce, la maladie eſt ordinairement compliquée avec une anaſarque de tout le corps, où l'eau eſt extravaſée dans les cellules de la membrane adipeuſe, dont la membrane cellulaire du ſcrotum n'eſt qu'une continuation ; enſorte que le ſcrotum n'eſt alors affecté qu'en commun avec la membrane adipeuſe : au lieu que dans l'hydrocele de la tunique vaginale la maladie eſt proprement locale, non-ſeulement parcequ'elle eſt confinée dans cette partie, mais auſſi parcequ'elle eſt rarement compliquée avec une autre maladie.

Il y a cependant des exceptions à faire dans ce que je viens d'établir : car

quelquefois une tumeur voiſine, en comprimant les vaiſſeaux qui vont au ſcrotum, occaſionne un hydrocele de la membrane cellulaire, lequel eſt indépendant d'une anaſarque ; & quelquefois un hydrocele de la tunique vaginale ſe trouve joint avec un teſticule ſkirrheux ou carcinomateux, ou bien peut en être la ſuite.

Il eſt à remarquer que l'eau de l'hydrocele enkyſté conſerve preſque toutes les propriétés de celle que l'on trouve conſtamment dans la cavité de la tunique vaginale, & qui eſt deſtinée au ſervice du teſticule : au lieu que les eaux logées dans la membrane cellulaire ſont manifeſtement un fluide contre nature, ou du moins la partie aqueuſe du ſang. De cette obſervation on peut raiſonnablement inférer, que l'hydrocele de la tunique vaginale n'eſt autre choſe qu'une accumulation du fluide qui eſt deſtiné à lubrifier le teſticule.

Je n'entreprendrai pas de déterminer quelle eſt la cauſe immédiate de la trop grande abondance de ce fluide. C'eſt peutêtre une rupture ou un re-

lâchement des vaiſſeaux ſécrétoires, ou une irritation qui excite une ſécrétion exceſſive du liquide : ou bien le mal peut venir des vaiſſeaux abſorbans qui ont perdu la faculté de reporter dans le ſang la portion convenable de ce fluide après ſa ſécrétion ; d'où s'enſuit néceſſairement une accumulation.

Mais ce ne ſont-là que des conjectures, ſur leſquelles on ne doit nullement faire fond ; quoique par les exemples que l'on voit de fois à autre d'un hydrocele qui diſparoît tout-à-coup après avoir ſubſiſté pluſieurs années, on ſeroit incliné à croire, que comme les eaux ſont alors reportées dans le ſang au moyen de l'action des vaiſſeaux abſorbans, elles peuvent vraiſemblablement s'être auſſi accumulées par un défaut de la faculté abſorbante. Quelque peu ſatisfaiſant que puiſſe paroître ce raiſonnement, je ſuis néanmoins perſuadé que les hypothèſes qui ſont maintenant en vogue, ſont fort éloignées de nous donner plus de lumiere ſur ce ſujet.

La doctrine touchant cette eſpèce

d'hydrocele qui a ſon ſiége dans la membrane cellulaire du ſcrotum, paroît être univerſellement la même: ainſi la différence de ſentiment ſur cette matiére regarde uniquement l'hydropiſie de la tunique vaginale du teſticule, laquelle quelques-uns, au lieu de la borner à la cavité de cette membrane, attribuent, tantôt à la cavité qui eſt entre la tunique vaginale & le dartos, & tantôt à la prétendue cavité de la tunique vaginale du cordon ſpêrmatique; quelquefois aux interſtices des lames de la tunique vaginale; quelquefois au corps même du teſticule, au-dedans de la tunique albuginée; & enfin à la cavité de la tunique vaginale du teſticule (1).

De cette liſte de différentes eſpèces d'hydrocele qui ſont admiſes par quelques-uns des plus grands Chirurgiens, je penſe qu'il paroîtra difficile de croire qu'elles ſoient la plûpart un produit de l'imagination, & qu'elles n'ont d'autre fondement que les opinions erronées de leurs premiers inventeurs. C'eſt néanmoins ce que je tâcherai de

(1) Palſin, chap. de l'*Hydrocele*.

montrer, tant par l'abſurdité de cette doctrine, que par la foibleſſe des preuves dont on l'appuye.

Je commence par examiner cet amas d'eau que quelques-uns diſent en termes généraux ſe former dans le ſcrotum (1), & que d'autres marquent plus expreſſément être ſitué entre la tunique vaginale & le muſcle dartos (2). La premiere remarque que je ferai ſur ce ſujet, c'eſt que tous les auteurs qui ne décrivent que cette ſeule eſpèce d'hydrocele, lui attribuent conſtamment les mêmes ſymptomes que l'on attribue préſentement à celui de la tunique vaginale : & ce qui eſt encore plus à obſerver, c'eſt que les auteurs qui les admettent tous deux, entreprennent rarement de marquer les ſignes qui les diſtinguent l'un de l'autre.

Or peut-on croire que deux maladies ſi eſſentiellement différentes dans leur ſiége, & qui tirent par conſéquent leur origine de différentes ſortes de vaiſſeaux, aient conſtamment les mê-

(1) Garengeot, vol. 1. pag. 448.
(2) Col de Villars, page 178.

mes ſymptomes? Cela s'accorde-t-il avec ce que l'on voit dans les autres maladies du corps humain? Une petite différence dans le ſiége des maladies n'indique-t-elle pas quelquefois des ſignes très-différens, ou du moins toujours tels, qu'un œil clairvoyant doit les diſtinguer? N'eſt-il donc pas plus probable qu'on s'eſt trompé ſur le ſiége de la maladie, & qu'il n'y a qu'une ſorte d'hydrocele, que de dire que deux eſpèces ſe reſſemblent ſi exactement l'une l'autre.

D'ailleurs, ſi ce cas étoit commun (& il y a tout autant de preuve qu'il eſt commun, qu'il y en a qu'il exiſte du tout), on en auroit des preuves inconteſtables; puiſque la grande application des Chirurgiens depuis un demi ſiécle à l'étude de l'anatomie & aux diſſections des cadavres, n'auroit pû marquer de fournir les cabinets des curieux d'un nombre de préparations qui auroient mis cette doctrine hors de doute. Mais on ne voit point de telles préparations, & je penſe qu'on ne lit nulle part l'hiſtoire d'aucunes diſſections qui ſatisfaſſent un peu ſur ce point.

Mais

Mais ſi on admet que l'eau de l'hydrocele enkyſté eſt ordinairement de même nature que celle qui ſe trouve dans la cavité de la tunique vaginale ſaine, ce que je crois inconteſtable; il eſt raiſonnable d'en conclure que cette eau accumulée vient des vaiſſeaux qui ſont ſur la ſurface interne de la tunique & qui fourniſſent conſtamment de l'eau à ſa cavité. Et ſi on accorde cela, il s'enſuit que ces accumulations d'eau doivent toujours être en-dedans de la tunique, qui eſt le lieu où s'en trouve la ſource, & non pas au-dehors, où la nature n'a point aſſigné un convenable tiſſu de vaiſſeaux pour la ſécrétion d'un ſemblable fluide. Et en effet, en conſidérant la choſe dans ce point de vûe, il me paroît preſque auſſi abſurde de placer ces eaux au-dehors de la tunique vaginale, que dans une hydropiſie des articles, qui eſt une accumulation contre nature de la ſinovie de ces endroits-là, de ſuppoſer que la ſinovie eſt amaſſée entre les ligamens & la peau.

Ceux qui ont beaucoup lû les au-

teurs modernes, pourront dire que je n'ai pas fait mention de ce qu'ils estiment être la cause la plus fréquente de cette espèce d'hydrocele, & qui est peutêtre aussi capable de produire un hydrocele au-dehors de la tunique vaginale qu'au-dedans : j'entens une descente d'eau de l'abdomen dans le scrotum, lorsque le malade est attaqué d'une hydropisie ascite (1). Il est vrai que la plûpart de ces auteurs attribuent à cette cause l'hydrocele en question ; & rien n'est plus propre à nous convaincre combien les hommes sont sujets à se laisser séduire par l'autorité. L'ascite est une maladie si commune, que tout praticien est en état de juger cette dispute. Ainsi j'en appelle à tout praticien, pour savoir si dans la multitude d'ascites qu'il a traités, il se souvient d'en avoir vû aucun qui fût compliqué avec un hydrocele enkysté ; ou si dans le petit nombre d'hydroceles enkystés qu'il a rencontrés, il se souvient d'en avoir vû aucun qui ait été précédé d'un ascite. J'ose répondre

(1) Garengeot, page 445. Dionis, page 365. Col. de Villars, page 178.

que peu de praticiens ont trouvé une semblable complication ; parceque, comme je l'expliquerai incontinent, ces deux maladies ne se rencontrent jamais ensemble, sinon quand il arrive par un grand hazard qu'elles se forment indépendemment l'une de l'autre. Il seroit en effet bien extraordinaire, que l'hydrocele enkysté commençât à se former justement dans le tèms que les eaux de l'ascite sont accumulées. Quelque rare néanmoins que doive être cet accident, on voit les hommes si inclins à s'imiter les uns les autres, que sans examiner la vérité d'un fait si notoire, ils continuent toujours d'avancer une chose que l'expérience contredit à chaque moment.

Je dois cependant avertir ici les praticiens de faire distinction entre l'hydrocele enkysté & l'hydrocele de la membrane cellulaire. L'ascite est souvent accompagné d'une anasarque ; & alors le scrotum devient plus gros ; mais ce n'est pas-là une hydropisie enkystée, laquelle est cette espèce d'hydropisie que l'on dit qui se forme par une dérivation de l'eau de l'ascite.

Ce qui ſemble avoir été la premiere ſource de cette erreur, c'eſt une fauſſe idée que l'on a eue de l'origine de la tunique vaginale, que les Chirurgiens d'autrefois (1) croyoient venir du péritoine, de la même façon que le doigt d'un gant vient de la cavité du gant; & la choſe eſt réellement ainſi dans le chien. Cette comparaiſon étoit en effet ſi convenable à leur idée, qu'ils l'employoient pour éclaircir l'anatomie de ces parties. Or en ſuppoſant qu'il en eſt de même dans l'homme, l'eau d'un aſcite tombera naturellement dans le ſcrotum par le conduit de la tunique vaginale que l'on ſuppoſe ouvert; & par conſéquent il n'y a pas lieu de s'étonner que des gens qui ſe trompoient dans leurs premiers principes ſe laiſſaſſent aller à cette fauſſe opinion. Mais qu'une telle doctrine ſoit encore ſoutenue contre toute expérience par ceux-mêmes qui nient cette communication entre le ſcrotum & la cavité du péritoine, c'eſt

(1) J'entens par les Chirurgiens d'autrefois, ceux qui floriſſoient dans les trois derniers ſiécles; & par les modernes, ceux du ſiécle préſent.

ce qui est moins excusable : quoiqu'à dire vrai, rien ne soit plus commun en matiére de science, que de soutenir encore des conséquences tirées de faux principes, après qu'on a rejetté les principes mêmes.

Mais il y a une autre circonstance qui regarde cette chûte d'eau de l'abdomen dans le scrotum, & à laquelle on n'a pas fait assez d'attention : c'est qu'il s'ensuit immédiatement de-là, qu'un tel hydrocele doit toujours être aussi une hydropisie de la tunique vaginale, puisque c'est la seule partie du scrotum dans laquelle l'eau peut entrer en venant de l'abdomen, en supposant la structure de ces organes telle que nous l'avons supposée ci-dessus. Et Hildanus en doutoit si peu, que non-seulement il place l'hydrocele au-dedans de la tunique vaginale, mais qu'avant que de faire une incision pour évacuer l'eau, il passoit un fil (1) autour de la partie supérieure de cette tunique, & la lioit, croyant empêcher par ce moyen que l'eau ne retombât de l'abdomen dans cette ca-

(1) Observ. 66. Cent. 4.

vité. Mais les modernes ne se sont pas aperçus qu'une partie de leur doctrine prouvoit nécessairement la fausseté de l'autre.

Il faut néanmoins avouer, qu'il peut y avoir dans l'aîne ou dans le scrotum une tumeur aqueuse qui vienne d'un ascite : mais le cas est très-rare ; & quand il arrive, il est bien différent de l'hydrocele dont nous traitons. Il est particulier à ces ascites qui se trouvent compliqués avec un vieux bubonocele, où, quoique l'intestin soit retenu au-dedans de l'abdomen, le sac herniaire demeure adhérent au-dehors : en conséquence de quoi l'eau de ces ascites coule dans le sac herniaire, & forme cette sorte d'hydrocele. Mais ce cas, bien loin de favoriser l'opinion générale de la chûte de l'eau dans le scrotum, prouve au contraire qu'elle ne sauroit tomber qu'avec une portion du péritoine. Or je ne crois pas que personne prétende que l'hydrocele ordinaire soit ainsi accompagné d'une portion du péritoine.

Je pense en avoir assez dit pour

montrer qu'il n'y a aucune preuve évidente de l'existence de cet hydrocele enkysté que l on prétend qui se forme entre le dartos & la tunique vaginale. Je sais combien il est difficile de se désabuser des opinions dont on n'a jamais douté auparavant ; & d'un autre côté je pourrois citer ici quelques exemples pour faire voir que quoiqu'une doctrine soit reçue universellement, cela ne prouve pas qu'elle soit véritable : mais je me contenterai d'en citer deux célébres, savoir la tympanite de l'abdomen, & le peumatocele du scrotum ou de l'aîne ; lesquels après avoir été regardés pendant tant de siécles comme des maladies distinctes de ces parties, sont regardés aujourdui par les plus habiles praticiens comme des maladies imaginaires ; l'ascite ayant été pris faussement pour la tympanite, & la hernie intestinale pour le pneumatocele.

Il paroîtra peutêtre surprenant dans un siécle aussi curieux que le notre, que personne pendant si long-tems n'ait découvert la fausseté d'une telle opinion. Mais c'étoit la fatalité de ces

tems-là, que les Médecins & les Philosophes croyoient que les bornes des sciences étoient fixées ; & toutes leurs études ne tendoient qu'à ajuster leurs propres opinions à celles d'Hippocrate, d'Aristote, de Celse, & de Galien. Ainsi il n'est pas étonnant, tandis qu'un pareil préjugé a prévalu, que certaines erreurs aient été transmises à la postérité sous l'autorité de ces grands hommes. La doctrine dont il s'agit ici, est assurément de ce nombre : car on lit dans Celse une description si ample & si nette de ce prétendu hydrocele, que je ne saurois m'empêcher de regarder toutes celles que les auteurs en ont faites depuis lui comme autant de copies de cet unique original. J'espere que le lecteur me pardonnera si je lui donne ici un extrait de ce que Celse (1) a avancé sur cette matiére, non-seulement parcequ'elle a un rapport entier avec nos recherches présentes, mais encore parceque des auteurs illustres (2) en endent tout-à-fait mal, surtout

(1) Celse, ch. 18

(2) Fabr. ab. Aquapendente, 271.

dans

dans les points fondamentaux, je veux dire les deſcriptions anatomiques des parties.

Celſe dit donc, que les membranes ou tuniques du teſticule ſont au nombre de trois, ſavoir la tunique elytroïde, autrement la tunique vaginale, le dartos, & le ſcrotum. Il regarde les deux premieres comme propres à chaque teſticule : la derniere eſt commune à tous deux. Mais en expliquant les différentes maladies du ſcrotum, il diſtingue ſimplement les membranes par leur ſituation : par exemple il appelle la tunique vaginale, *tunica ima* ; le dartos, *tunica media* ; & le ſcrotum, *tunica ſumma*.

Dans ſa deſcription de l'hydrocele, il dit qu'il y en a deux eſpèces (1) entre les membranes du ſcrotum : l'une, qu'il place entre la membrane externe & la moyenne ; l'autre, entre la membrane moyenne & l'interne. Les ſignes caractériſtiques qu'il donne de ces deux ſortes d'hydrocele, montrent clairement, que l'une eſt l'hydropiſie anaſarque du ſcrotum ; & que l'autre

(1) Vol. 2. page 457.

eſt le véritable hydrocele de la tunique vaginale. Mais il mettoit le ſiége de la derniere eſpèce dans le vuide qui eſt entre la tunique vaginale & le dartos : & je crois que cette mépriſe a donné lieu à l'erreur qui a toujours prévalu depuis ſur cette matiere. Il eſt néanmoins évident qu'il connoiſſoit auſſi l'hydropiſie de la tunique vaginale; quoiqu'il ſe trompe quelquefois par rapport au ſiége qu'il lui donne, s'imaginant qu'elle doit être placée entre le dartos & la tunique vaginale. Et une preuve qu'il connoiſſoit cette hydropiſie, c'eſt que non-ſeulement il en fait mention en décrivant l'hydrocele, mais que dans ſa méthode curative (1) il recommande expreſſément de faire la même opération ſi l'eau eſt contenue ſous la tunique vaginale, que ſi elle étoit entre cette tunique & le dartos. Il eſt vrai que la deſcription qu'il donne de cette ſorte d'hydrocele eſt courte : & cependant il y a très-peu d'auteurs depuis lui qui en parlent auſſi diſtinctement. Mais par malheur ils ont négligé cette par-

(1) Vol. 2. p. 468.

tie de la doctrine de Celſe qui eſt véritable, & ils n'ont copié que celle qui eſt fauſſe.

Je terminerai l'examen de cette eſpèce d'hydrocele, en obſervant que quoiqu'on parle ſi ſouvent du dartos, qu'on croiroit que c'eſt un muſcle conſidérable, il y a cependant des anatomiſtes qui nient même ſon exiſtence: car les plus exacts ne le découvrent que dans les corps pléthoriques, dans leſquels ſes fibres ſont répandues en petite quantité ſur la ſurface interne du ſcrotum, & ne répondent nullement à l'idée d'une ſubſtance compacte, propre à contenir une certaine quantité d'eau extravaſée. Néanmoins, pour excuſer ce que les anciens enſeignent ſur cette matiere, on peut remarquer qu'ils n'avoient la liberté de diſſequer que des brutes, & qu'ils furent entraînés dans cette erreur ſur le dartos par le pannicule charnu, qui eſt un gros muſcle qui dans la plûpart des animaux ſe trouve immédiatement ſous la peau dans pluſieurs parties de leurs corps.

Je vais maintenant examiner cette

espèce d'hydrocele que l'on dit avoir son siége dans la tunique vaginale du cordon spermatique. J'ai déja observé que la lame interne de la tunique vaginale du testicule est très-étroitement attachée au cordon spermatique par sa partie supérieure, ensorte qu'elle forme une poche distincte pour le testicule. Les modernes, comme j'ai remarqué ci-devant, regardent cette connexion de la partie supérieure de cette poche comme une cloison (1) qui partage la tunique vaginale en deux cavités, dont la supérieure est appellée la tunique vaginale du cordon spermatique (2), & l'inférieure se nomme la tunique vaginale du testicule.

Or on assure généralement (3), que l'hydrocele peut se former dans l'une ou l'autre de ces cavités, & quelquefois dans toutes les deux; & il y a des règles établies pour distinguer quand l'eau occupe la cavité supérieure, & quand elle occupe l'inférieure (4). Quelques-uns même semblent

(1) De la Faye, page 364.
(2) *Ibid.*
(3) Col de Villars.
(4) De la Faye, page 364.

croire que l'eau s'amaſſe d'abord dans la cavité ſupérieure (1), & que quand il s'en amaſſe dans l'inférieure, cela vient d'une rupture de la cloiſon, qui ouvre une communication entre ces deux cavités. Il eſt peutêtre à propos d'obſerver, que la doctrine qui établit cette eſpèce d'hydrocele eſt d'une invention moderne, & n'a pas ce caractère d'autorité qui vient quelquefois de l'antiquité; qu'elle n'eſt pas enſeignée dans les mêmes termes par les auteurs, ni conçue de la même façon: quoiqu'en général ces auteurs regardent la tunique vaginale du cordon ſpermatique comme une gaine lâche, telle que la tunique vaginale du teſticule; & que dans l'hydrocele de la partie ſupérieure ils s'imaginent que l'eau eſt contenue dans un grand kiſt, comme elle l'eſt effectivement dans la tunique vaginale du teſticule.

Mais quelques-uns d'eux (2) conviennent, que lorſqu'il y a de l'eau amaſſée dans la partie ſupérieure, elle n'eſt pas contenue dans une cavité,

(1) Garengeot, page 455.
(2) Garengeot, page 449.

mais dans la ſubſtance cellulaire de la tunique vaginale entre les vaiſſeaux ſpermatiques ; & ils diſent que pour évacuer cette eau il faut faire une inciſion dans la ſubſtance cellulaire ſelon toute la longueur de la tumeur, parcequ'une ponction avec la lancette ou le troicar ſeroit inſuffiſante.

Je croirois volontiers que la forme longitudinale de quelques hydroceles a donné naiſſance à cette opinion : car lorſque l'on conſideroit combien la partie ſupérieure de la tunique vaginale du teſticule eſt ſituée bas dans le ſcrotum, il paroiſſoit difficile à croire que par des eaux accumulées dans la cavité elle pût être allongée dans l'aîne juſqu'à une hauteur ſi conſidérable : & de-là eſt venue la diſtinction que font quelques-uns (1), ſavoir que ſi l'hydrocele eſt de figure ronde, l'eau eſt contenue dans la tunique vaginale du teſticule ; & que s'il eſt de figure longitudinale, elle eſt dans la tunique vaginale du cordon.

Je ſerois fâché néanmoins qu'on prît mal ma penſée, & qu'on s'imagi-

(1) Dionis, page 64.

nât que je nie qu'il puisse se former dans cette partie une ou plusieurs tumeurs aqueuses. Il faut avouer que la tunique vaginale du cordon spermatique n'est pas exempte du sort commun à toutes les autres parties du corps. Elle est sujette à différentes maladies, & entr'autres à de petites collections d'eau enkystée qui se font entre les lames de ses membranes, mais qui n'ont, du moins que je sache, rien de particulier. J'ai vû moi-même deux ou trois cas semblables, & j'en ai lû un ou deux. Si on veut que de tels accidens rares soient regardés comme des hydroceles de la tunique vaginale du cordon, je ne m'y opposerai pas. Mais ce que je prétens, c'est que les hydroceles que l'on rencontre chaque jour dans la pratique, & dont on croit que plusieurs ont leur siége dans cette partie, ne l'y ont point, & qu'ils sont toujours ou presque toujours des hydroceles de la tunique vaginale du testicule. J'ose même avancer qu'un homme qui ne cherche pas les occasions de voir cette sorte d'hydrocele, ne la rencontrera ja-

mais, puiſqu'un des plus habiles chirurgiens de l'Europe avoue, que nonobſtant les recherches ſoigneuſes qu'il a faites pour cela, il n'en a jamais pû voir un ſeul exemple parmi le grand nombre d'hydroceles qu'il a rencontrés dans ſa pratique (1).

Il me reſte préſentement à examiner deux autres eſpèces d'hydrocele; je veux dire, celle que l'on dit qui ſe forme entre les lames de la tunique vaginale du teſticule, & celle dont on met le ſiége ſous la tunique albuginée. Les auteurs qui font mention de ces deux hydroceles, ne prétendent pas qu'ils ſoient communs ni l'un ni l'autre; & ils le prétendent ſi peu, qu'ils ſemblent n'apuyer principalement leur poſſibilité que ſur deux ou trois ſeuls cas.

Le premier eſt rapporté par Garengeot (2) touchant un fort habile chirurgien, qui dans une occaſion fût obligé d'employer deux fois le troicar, afin de vuider le ſcrotum: ce que Garengeot attribue à ce que l'eau

(1) Heiſter, page 842.
(2) Tom. 1, obſerv. 29. édit. 2.

étoit amassée en deux différens kists entre les lames de la tunique vaginale : & ce qui le confirma dans cette opinion, fut une seconde opération que le même Chirurgien fit quelque tems après sur le même malade, & dans laquelle toute l'eau fut évacuée par une seule ponction : cette évacuation totale de l'eau par une seule ouverture & tout d'une fois étant regardée comme un effet de la rupture de la cloison qui étoit entre les deux kists.

Ainsi on voit qu'un pur accident dans une opération particuliere, faite il y a plusieurs années, est allegué comme une preuve de cette doctrine. Je crois ne devoir pas faire difficulté d'appeller cela un accident, puisque s'il étoit venu de la cause qu'on en donne, on ne seroit pas dans la nécessité de recourir à un seul fait, & qu'au moyen du grand nombre de gens à qui on fait chaque jour la ponction, on auroit continuellement sous les yeux des exemples de même nature. D'ailleurs toute la force de cette preuve roule sur la vraisemblance de l'explication que Garengeot donne du

phénomene; & cette explication eſt au moins bien éloignée d'être une démonſtration de ce qu'il avance, puiſqu'un partiſan de l'hydrocele de la tunique vaginale du cordon ſpermatique pourroit avec autant de fondement alléguer le même exemple pour confirmer ſa doctrine.

Le ſecond cas eſt rapporté par Le Dran (1). Mais quiconque examinera combien ce cas eſt compliqué, aura, ce me ſemble, de la peine à ſe convaincre par cette hiſtoire, que l'hydrocele entre les lames de la tunique vaginale ſoit une maladie fort commune.

Le troiſiéme cas (2) regarde l'hydropiſie du teſticule, & je penſe qu'il n'établit pas mieux la doctrine qu'on en veut déduire. Mais quelque défaut de preuve qu'il y ait de cette derniere ſorte d'hydropiſie, il n'eſt pas ſurprenant qu'on ait cru qu'elle exiſtoit, tandis qu'entre les autres grands auteurs qui en font mention, Fabrice

(1) Obſerv. vol. 2. page 159.
(2) Dionis, page 365.

d'Aquapendente (1) en parle d'un ton auſſi décifif que des autres eſpèces.

Je ne ſais ſi j'ai réuſſi dans mon deſſein de réfuter la prétendue variété des hydroceles. Si je n'y ai pas réuſſi, je demande la permiſſion d'en appeller à l'autorité de ces mêmes auteurs dont j'ai cenſuré la doctrine : car il ſe trouve que chacune des choſes que j'ai avancées, eſt ſoutenue au moins négativement, par l'un ou l'autre de ces auteurs ; quoique chacun d'eux, quand il s'agit du total, tombe dans les erreurs communes. Par exemple, Garengeot & Col de Villars font mention de l'hydrocele entre le dartos & la tunique vaginale; mais De la Faye & Le Dran le nient, ſuppoſé que n'en rien dire ſoit nier. De la Faye, Col de Villars, & Garengeot, établiſſent l'hydrocele de la tunique vaginale du cordon ſpermatique ; mais Le Dran n'en fait pas mention, & Garengeot lui-même (2) le décrit comme une maladie différente des autres. De plus,

(1) Page 68.
(2) Page 454.

Le Dran & Garengeot parlent de l'hydrocele entre les lames de la tunique vaginale; mais De la Faye n'en dit rien. D'un autre côté De la Faye croit la poſſibilité de l'hydrocele du teſticule, & Le Dran n'en fait point mention. Ainſi on voit que tout ce que j'ai établi, quelque ſingulier qu'il puiſſe paroître, ſe recueille ſéparément des écrits de tous ces auteurs; circonſtance qui ne ſauroit manquer de donner beaucoup de poids aux raiſons que j'ai alléguées.

J'ai examiné juſqu'ici la réalité des différentes eſpèces d hydrocele; & on croiroit peutêtre qu'il ne reſteroit plus de matiere de critique ſur cette maladie. Mais, ſelon moi, le ſentiment de ces auteurs ſur le véritable hydrocele de la tunique vaginale, eſt preſque auſſi faux que les idées que j'ai déja combattues. Car au lieu de regarder ſimplement la tunique vaginale comme une poche diſtendue par une accumulation d'eau, pluſieurs d'entr'eux ſemblent croire que l'eau eſt contenue dans un kiſt accidentel, de la même façon qu'on la trouve dans

une hydropiſie enkyſtée de l'abdomen (1).

Garengeot (2) convient à la vérité, que l'eau peut s'accumuler de la maniere que je crois qu'elle s'accumule ordinairement : mais enſuite il parle de cela comme d'un phénomene extraordinaire, & qu'il auroit traité de fable, s'il n'avoit vû lui-même un exemple, où en ouvrant un hydrocele ſelon la longueur du ſcrotum, il trouva le teſticule dans la même cavité que l'eau.

Le Dran (3) dit poſitivement, que cette ſorte d'hydrocele eſt une tumeur ou veſſie pleine d'eau, & ſituée ſur l'un des teſticules, auquel elle eſt adhérente. Mais lui & Garengeot & De la Faye, dans leur deſcription de l'opération pour la cure radicale, font voir clairement tous trois, qu'ils ſont de ce ſentiment : car ils recommandent de ſi peu menager le kiſt, que cette méthode ne conviendroit en aucune façon, ſuppoſé que le kiſt fût la

(1) Le Dran, page 179.
(2) Page 450.
(3) Page 177.

tunique vaginale. Je crois même que par leur maniere de le couper, de le déchirer, & de faire des ligatures tout autour à dessein de l'extirper (1), le testicule même doit souvent être détruit. C'est pourquoi cette erreur particuliere sur la nature du kist est d'une plus pernicieuse conséquence qu'aucune autre que j'aie observée; parceque non-seulement elle trompe les Chirurgiens dans la théorie, mais qu'elle peut aussi les égarer malheureusement dans la pratique.

On ne peut guère douter, ce me semble, que la cure radicale ne s'opére par la contraction que produit la cicatrice, & par l'adhérence universelle des tegumens du scrotum l'un à l'autre, & au testicule même; lesquelles adhérences ne resserrent pas seulement les vaisseaux qui fournissoient l'eau de l'hydrocele, mais abolissent encore la cavité qui les recevoit auparavant.

Cela étant ainsi, il devient très-important de déterminer quelle est la maniere la plus douce de produire ces

(1) Garengeot, page 471. Le Dran 182.

adhérences : & ſi une ſimple inciſion ſuffit pour cet effet, il faudra rejetter toutes ces opérations violentes. Or, qu'une inciſion faite dans la longueur de la tumeur guériſſe la plûpart des hydroceles, c'eſt ce qu'un grand nombre d'expériences faites depuis quelques années en Angleterre ont prouvé d'une maniere inconteſtable. Je ne nie pas qu'il ne puiſſe y avoir des cas où l'hydrocele eſt ſi gros qu'il devient néceſſaire de couper une piéce ovale de la peau & du kiſt, de la longueur preſque de la tumeur, & au moins d'un pouce ou d'un pouce & demi de largeur. Mais j'ai vû peu de cas où une ſi rude opération fût néceſſaire. J'avoue que je ne l'ai jamais pratiquée moi-même, ſinon en deux ou trois occaſions où la tunique vaginale étoit exceſſivement diſtendue, & accompagnée de concrétions charnues exactement reſſemblantes à celles que l'on trouve dans les interſtices des muſcles près d'un vieux anevriſme, & qui, comme je n'en doute pas, étoient pareillement un ſang grumêlé, lequel pour avoir demeuré long-tems extra-

vaſé étoit devenu en cet état. C'eſt une maladie dont parlent différens auteurs ſous le nom d'*hematocele*; quoiqu'aucun d'eux, que je ſache, ne l'ait décrite avec les circonſtances dont j'ai fait mention ; mais plutôt comme une eau ſanguinolente, ou du moins comme un ſang fluide. C'eſt pourquoi il ne ſera peutêtre pas mal-à-propos d'informer le lecteur, que la fluctuation dans cette eſpèce d'hematocele eſt ſi obſcure, que ſi l'on n'y fait pas attention on peut s'y tromper en la prenant pour un teſticule ſkirrheux.

Cependant la maxime d'emporter une grande quantité des tégumens pour opérer une cure radicale, eſt fort ancienne. Celſe recommande cette méthode ; & ce qui eſt particulier, il ne fait pas mention de la méthode palliative, je veux dire de la ponction ; mais il parle d'emporter une portion des tégumens comme d'une pratique commune en ces tems-là. Les auteurs modernes en parlent auſſi très-familiérement : & néanmoins je ſoupçonne qu'il n'y a aucun d'eux qui ait ſouvent fait cette opération ;

mais

mais que la maxime a été adoptée, parceque perſonne n'a encore eu d'expérience qui l'ait enhardi à la contredire.

Je penſe, que ſi cette pratique avoit été générale, nous aurions eu un grand nombre d'hiſtoires de ſemblables cas; & que nous aurions pareillement été inſtruits des différens ſuccès de l'uſage des cauſtiques & du biſtouri, que l'on recommande tous deux pour une cure radicale : mais les auteurs nous diſent peu de choſe ou rien du tout là-deſſus. D'ailleurs quand ils preſcrivent la maniere de faire l'opération, ils ne nous précautionnent point contre un ſymptome remarquable, ſavoir contre cette fiévre qui ne manque guère de précéder la ſuppuration de la tunique vaginale, & qui quelquefois devient ſi violente qu'elle donne de très-grandes allarmes, quoique je ne l'aie jamais encore vû cauſer la mort au malade. C'eſt la nature des membranes de ſuppurer plus difficilement que les parties charnues; & ceci en eſt un bel exemple ; car dans l'opération même

dont nous parlons, la fiévre qui survient ensuite est souvent beaucoup plus terrible que celle qui survient après l'extirpation d'un gros testicule.

Or, si les auteurs qui conseillent cette opération avoient été dans l'usage de la faire, ils n'auroient pû manquer de dire quelque chose d'une circonstance si importante. Garengeot parle à la vérité d'un cas où il survînt de fâcheux symptomes après l'application d'un caustique, quoiqu'il les attribue peu judicieusement aux sels du caustique, qui envenimoient l'eau de l'hydrocele. J'avoue que Hildanus parle dans un plus grand détail de cette fiévre symptomatique, quoiqu'il ne sût pas qu'elle étoit une suite naturelle de l'opération, & qu'il l'attribuât à la mauvaise disposition de ses malades, *pravis humoribus referti erant* (1). Et je ferois une injustice à Wiseman, auteur Anglois, si je ne remarquois pas ici, qu'il paroît beaucoup mieux instruit de la nature de cette opération qu'aucun de ceux que j'ai vûs, quoique ses idées sur ce su-

(1) Obsers. 65. Cent. 4.

jet aient été négligées par les derniers auteurs. Il ſe peut auſſi que d'autres aient fait ſur ce ſymptome quelque remarque que je n'aie pas vûe : mais après tout, je crois qu'on peut raiſonnablement conclure, que puiſqu'un point d'une telle évidence n'a pas été univerſellement obſervé, les règles que les auteurs donnent pour l'opération ſont plutôt fondées ſur la ſpéculation que ſur l'expérience ; & qu'ainſi on peut avec ſûreté s'en tenir à une méthode plus douce d'opérer, c'eſt-à-dire, à une ſimple inciſion, ſans faire ſouffrir au malade une opération douloureuſe en coupant une grande quantité des tégumens ; ou, ce qui eſt encore plus cruel, en déchirant une portion conſidérable de la tunique vaginale, dans l'idée que c'eſt un ſac accidentel.



CHAPITRE III.

Du Sarcocele.

LE testicule, ainsi que les autres parties du corps, est sujet à des inflammations, qui se terminent par résolution ou par suppuration; & la tumeur du testicule dans cette circonstance s'appelle hernie humorale, soit que ce soit une tumeur critique, ou la suite d'un mal venérien. La plûpart des auteurs traitent si amplement de cette sorte de hernie, que je ne ferai point d'observation là-dessus. Mais la tumeur qui est connue sous le nom de sarcocele ou hernie charnue, est une matiere qui, selon moi, non-seulement est mal expliquée, mais encore très-mal entendue: c'est pourquoi j'examinerai l'histoire de cette maladie, & je tâcherai de la mettre dans un meilleur jour qu'elle n'a été jusqu'ici.

Les auteurs disent que le sarcocele est une tumeur du testicule même

(1), ou une tumeur qui vient ſur le teſticule (2), & qui ſe forme, comme ils s'expriment, par des ſucs viſqueux qui ſe changent en chair. La premiere déſcription répond à ce qu'on appelle maintenant un teſticule ſkirrheux, & dans ce ſens elle eſt juſte : mais la ſeconde eſt fauſſe; car ce que ces auteurs croient être une tumeur accidentelle ou une excroiſſance, eſt réellement une augmentation & un endurciſſement de l'épididyme; & c'eſt en cela qu'ils ſe ſont trompés : car ne connoiſſant pas cette circonſtance, ils ont confondu enſemble les deux eſpèces de ſarcocele; & les croyant également malignes, ils ont quelquefois agi en conſéquence avec une cruauté également funeſte & inutile.

Ceux qui feront curieux de conſulter les plus célébres auteurs (3), trouveront que le cautère, le cauſtique & l'amputation, ſont partout recommandés pour cette prétendue excroiſſance; & je crois qu'ils ne ren-

(1) Heiſter, page 837. Paré, page 211.
(2) Col de Villars, page 315. & tous les auteurs.
(3) Heiſter, page 840. Le Dran, obſerv. 72.

contreront pas le moindre endroit où il ſoit dit que cette ſorte de ſarcocele eſt d'une nature plus benigne que celle où tout le corps du teſticule eſt ſkirrheux. Ainſi pour expliquer, le mieux qu'il m'eſt poſſible, les divers caractères de ces ſarcoceles, il faut d'abord obſerver que le teſticule eſt compoſé de deux parties différentes; l'une glanduleuſe, qui forme le corps du teſticule; & l'autre vaſculeuſe, qui eſt l'épididyme, & que l'on croit communément être le commencement du vaiſſeau déférent. Le ſkirrhe qui attaque le corps du teſticule, a ordinairement de la diſpoſition à devenir carcinomateux; mais celui qui attaque l'épididyme ſeul, n'en a jamais, ou n'en a que rarement. Il ſuffit que l'expérience vérifie cette obſervation: car, ſuivant toute apparence, on ne connoîtra jamais exactement la cauſe immédiate d'une ſi eſſentielle différence dans des tumeurs d'une égale dureté. On ſait néanmoins que la plûpart des maladies ont du penchant à ſe manifeſter dans certaines parties du corps; & quelquefois nous n'avons pas de

meilleur moyen pour juger de la nature d'une maladie, que d'en connoître le siége. Ainsi un skirrhe de la mammelle ou du testicule nous porte à croire qu'il y a une disposition carcinomateuse; un skyrrhe au même dégré dans les glandes de la machoire, qu'il y a un virus scrophuleux. On pourroit citer plusieurs autres exemples de cette espèce: mais ceux-ci suffisent pour montrer qu'un skirrhe de l'épididyme peut avoir une disposition beaucoup moins fâcheuse que celle d'un skirrhe du testicule même.

Mais si notre théorie est différente sur cet article, la pratique prouvera encore mieux la vérité de ce que j'avance. Les duretés de l'épididyme peuvent résister à toutes les méthodes résolutives, & demeurer skirrheuses, ou peutêtre suppurer; mais elles ne deviennent jamais carcinomateuses tant que la partie glanduleuse du testicule est saine, & par conséquent ne demandent point d'être extirpées, comme on le recommande généralement sur ce faux prétexte: c'est pourquoi il faut toujours les traiter avec

patience ; car à la longue on vient souvent à bout des plus opiniâtres, & non-ſeulement on hazarde moins la ſanté & la vie du malade, mais on conſerve encore les facultés de l'organe.

Toutefois les auteurs ont ſi peu connu cette diſtinction de ſarcocele, qu'à peine y en a-t-il quelques-uns qui en parlant de cette maladie faſſent ſeulement mention de l'épididyme, beaucoup moins qui diſent que l'épididyme même eſt la partie malade ; & ce n'eſt jamais ou preſque jamais qu'après une hernie humorale qu'ils conviennent que l'épididyme eſt le ſiége du ſarcocele : & dans ce cas-là les plus illuſtres (1) de ces auteurs recommandent d'extirper la tumeur, ſuppoſé qu'elle ne céde pas aux applications convenables : enſorte que le plus conſidérable progrès (2) que les modernes aient fait ſur cet article, eſt la préférence que l'on donne au biſtouri ſur le cauſtique ou cautère, que conſeilloient & que pratiquoient

(1) Aſtruc.
(2) Heiſter, page 841.

les

les Chirurgiens des derniers tems.

Quelques-uns des modernes me paroiſſent ſe flatter d'avoir adouci la cruauté de l'opération pour cette eſpèce de ſarcocele, en bornant l'extirpation à l'excroiſſance ſeule, au lieu de faire la caſtration. Mais il eſt certain que les anciens ont auſſi ſuivi cette pratique : car quoique Celſe ne s'exprime pas avec ſa netteté ordinaire, ſur la nature de la maladie dont il traite dans ſon ch. 19 *de Curat. Teſt.* néanmoins par le procédé de l'opération il me ſemble qu'il veut parler de quelque eſpèce de ſarcocele, ou plus vraiſemblablement du circocele (maladie où l'épididyme eſt ordinairement affecté, comme je dirai bientôt) ; & il marque très-diſtinctement la maniere de couper & d'emporter les parties malades, & de conſerver le teſticule. Peutêtre auſſi que cette déſcription que nous trouvons obſcure, étoit claire & intelligible pour ſes contemporains, à cauſe de certaines circonſtances que nous ignorons maintenant. Paul Eginete (1) propoſe de

(1) Page 300.

même cette amputation partielle. Ainsi l'idée en est commune, quoiqu'elle soit mal-fondée. Ce qui peut y avoir donné lieu, c'est la doctrine de Fabrice d'Aquapendente (1), qui réellement recommande la castration ; de quoi il donne cette raison ; savoir, qu'il vit une fois un testicule qui étoit gangrené au-dedans, quoiqu'il fût extrêmement sain au-dehors. Fabrice d'Aquapendente ayant proposé cette méthode, un lecteur pourroit croire qu'elle a aussi été proposé par les anciens. Mais le fait n'est pas vrai : &, pour le dire en passant, ce n'est pas-là le seul exemple d'une corruption de pratique entre le tems de Celse & celui de Fabrice d'Aquapendente.

Je finirai cette remarque sur l'importance de distinguer le skirrhe de l'épididyme de celui du testicule, en observant que quoique les meilleurs auteurs recommandent de n'extirper que l'excroissance seule, néanmoins comme il arrive souvent que l'épididyme a acquis une grosseur si monstrueuse qu'il entoure & envelope

(1) Page 375.

preſque tout le corps du teſticule, les Chirurgiens ſe portent facilement à faire la caſtration, dans la croyance que le mal attaque une trop grande quantité du tout, pour entreprendre de conſerver une partie : & j'eſtime que rien ne peut nous garantir efficacement de cette erreur que la doctrine que j'ai inculquée ; ſavoir, que la prétendue excroiſſance du teſticule eſt un ſkirrhe de l'épididyme, & qu'on ne doit pas déſeſpérer d'un ſkirrhe de l'épididyme comme de celui du teſticule.

Je ne prétens pas néanmoins qu'un ſkirrhe de l'épididyme ne puiſſe dégénerer en cancer, puiſqu'aucune partie du corps n'eſt exemte de cette maladie. En effet les cancers de l'épididyme ſuivent ordinairement ceux du teſticule : mais alors il faut obſerver, que le virus ſe communique par infection, & ne vient pas d'une diſpoſition naturelle du ſkirrhe de cette partie.

Je vais maintenant examiner le circocele & le varicocele, maladies que l'on rencontre rarement, & dont tous

les auteurs parlent néanmoins auſſi familiérement que ſi elles ſe préſentoient chaque jour. Le circocele eſt décrit comme une dilatation des vaiſſeaux du cordon ſpermatique, & le varicocele comme une dilatation des veines du ſcrotum. Ni l'un ni l'autre n'eſt regardé comme douloureux, ni, à ce qu'il me paroît, comme dangereux : cependant le cautère ou l'amputation ſont partout recommandés : & ici, comme dans le ſarcocele, quelques modernes s'attribuent fauſſement la gloire d'employer le fer où les anciens ſe ſervoient du feu. Mais je penſe que peu de gens ſe ſont ſoumis à l'une ou à l'autre de ces méthodes. Car quoique la règle en ſoit poſitive, nous n'avons pas d'hiſtoires de cas où elle ſoit autoriſée par l'expérience ; & je crois que ſi une règle ſi extraordinaire avoit été réduite en pratique, l'événement en auroit été marquée quelque part.

Quant au varicocele, je penſe qu'il ne s'eſt preſque jamais vû, ſinon lorſqu'il eſt compliqué avec la tumeur du ſcrotum ; & alors la dilatation des veines eſt une ſuite de l'augmentation de

la partie, & on tenteroit inutilement de guérir la maladie ſans en ôter la cauſe immédiate : c'eſt pourquoi je préſume qu'on ne l'a jamais tenté. Il ſe peut faire à la vérité qu'il y ait eu un varicocele indépendant ; mais je croirois plutôt que comme les Chirurgiens l'ont vû venir à la ſuite d'une autre maladie, ils ſe ſont imaginés qu'il pouvoit auſſi paroître ſeul. Quoiqu'il en ſoit, il a été décrit par les auteurs dans tous les ſiécles depuis le tems de Celſe, qui en parle au chapitre du circocele, quoiqu'il n'emploie pas le terme même de varicocele.

La dureté & l'augmentation du cordon ſpermatique accompagnent ordinairement le teſticule ſkirrheux ; & en ce ſens le circocele eſt une maladie ordinaire : mais la maladie qu'on trouve communément décrite ſous le nom de circocele, eſt une affection du cordon ſpermatique lorſque le teſticule eſt ſuppoſé ſain, c'eſt-à-dire, ſelon moi, lorſque les vaiſſeaux, quoique gonflés, ſont mous & fléxibles. J'ai déja obſervé que les ſymptomes

de cette maladie ne ſont pas repréſentés auſſi conſidérables que ſembleroit l'exiger l'opération que l'on recommande, & même toute méthode curative nn peu violente. Pour moi j'ai rencontré deux ou trois fois une dureté douloureuſe du cordon ſpermatique entre le teſticule & l'abdomen ; ce qui m'a beaucoup allarmé. Cependant je l'ai guérie chaque fois par l'uſage des fomentations & de l'onguent mercuriel, avec de doux purgatifs de trois en trois ou de quatre en quatre jours.

Le véritable circocele, ou ce qu'on entend communément ſous ce nom, ſe fait ſentir comme l'épiploon dans le ſcrotum : mais en l'examinant plus ſoigneuſement on peut découvrir que les vaiſſeaux ſont gonflés & un peu tortueux. L'épididyme eſt ordinairement flaſque & inégalement mou, & donne l'idée d'un aſſemblage de gros vaiſſeaux lâches, plutôt que d'une ſubſtance compacte. Souvent auſſi il eſt un peu augmenté de volume, & tire le teſticule un peu plus bas que l'autre. Mais nonobſtant tout ce chan-

gement de tiſſu, je n'en ai jamais vû arriver aucun inconvénient, ſinon une ſeule fois, que le corps du teſticule diminua peu à peu ſans douleur, enſorte qu'à la fin il n'étoit pas plus gros qu'une noiſette. Je crois qu'il y a peu d'exemples de cette nature; car je ne ſache aucun écrivain qui ait fait mention d'un pareil cas, excepté Celſe (1), qui le décrit comme l'effet d'un circocele.

J'ai autrefois eſſayé différentes méthodes pour rétablir le reſſort des vaiſſeaux affectés par un circocele; mais ſans ſuccès. Je m'imagine que les anciens pouvoient avoir fait la même tentative inutilement; ce qui les engagea probablement à recommander une méthode auſſi cruelle que celle du cautère ou de l'amputation. Mais ſi malheureuſement nous ne pouvons rien contre cette maladie par les remédes, il ſe trouve heureuſement d'un autre côté, qu'elle eſt rarement ſuivie d'aucun accident mortel, ou plutôt qu'elle n'a réellement d'autre ſuite fâcheuſe que le décou-

(1) Page 459.

ragement auquel sont sujets ceux qui ont quelques maladies secrettes. Cependant il n'est pas impossible qu'une varice de ces vaisseaux soit quelquefois aussi douloureuse que celle d'aucune autre partie du corps. J'ai vû un cas où la veine cephalique & la mediane dans le pli du bras étoient variqueuses de la longueur de près de deux pouces, & si douloureuses que le malade ne pût trouver de soulagement que quand je les eus coupées & emportées. Au reste tous les Chirurgiens font mention des varices douloureuses, & je n'ai rapporté cet exemple que pour montrer que les mêmes symptomes peuvent se rencontrer dans un circocele. Une pareille circonstance pourroit être une raison suffisante d'extirper un ou plusieurs vaisseaux variqueux, ou même l'épididyme; & je pense aussi qu'il ne falloit rien moins que cela pour engager un Chirurgien à exécuter une opération si effrayante, ou un malade à la subir; à moins qu'on ne suppose que les Romains portérent leur délicatesse jusqu'au point de vouloir bien souffrir

toute ſorte de douleur pour ſe délivrer de cette maladie : quoiqu'après tout cette opération n'auroit pas été beaucoup plus extraordinaire que celle qui ſe fait pour guérir un paraphimoſis naturel ; à laquelle Celſe dit que les Romains ſe ſoumettoient quelquefois de ſon tems par une pure raiſon de bienſéance.

J'ai examiné juſqu'ici les maladies du teſticule qui ne demandent pas la caſtration. Il y en a d'autres où cette opération eſt néceſſaire : mais je crois qu'on peut les réduire au cancer & au ſkirrhe, qui eſt un cancer dans ſon premier dégré : car ni un abſcès ni une gangrêne, ſi on les traite comme il faut, ne demandent une pareille opération. Les abſcès du teſticule ſont ſi communs & ſi traitables, qu'il y a lieu de s'étonner qu'on ait jamais regardé la caſtration comme néceſſaire ; & néanmoins quelques-uns de plus habiles Chirurgiens prétendent encore qu'elle convient dans certains abſcès, quoiqu'en d'autres ils la condamnent. Quand on nous dit qu'on s'eſt bien trouvé d'avoir ouvert certains

abſcès du teſticule, nous apprenons par l'obſervation qu'il y en a d'autres qui ne cédent pas à ce traitement, & par conſéquent cela nous engage à faire la caſtration lorſque l'abſcès paroît difficile à guérir.

Quant à la gangrêne, ſi elle pénétre ſeulement juſqu'à la tunique vaginale (ce qui eſt une maladie critique aſſez ordinaire), l'extirpation ſeroit une choſe abſurde : & ſi elle va juſqu'au corps même du teſticule, l'extirpation ſeroit inutile, parceque la nature fera elle-même avec la plus grande exactitude, & avec peu de peine ou de danger, la ſéparation de toutes les parties gangrenées. Ainſi il paroît que la caſtration ne convient dans aucun dégré d'une gangrêne.

Il reſte à examiner en quelle circonſtance d'un ſkirrhe cette opération eſt à conſeiller : car il ne ſuffit pas toujours pour cela que la tumeur ait réſiſté juſqu'alors à tous les autres remédes ; quoique ce ſoit la règle qu'établiſſent la plûpart des auteurs. Il y a des ſkirrhes qui demeurent pluſieurs années ſans être douloureux,

& ſans qu'ils augmentent de volume, ni qu'ils produiſent aucun accident. Il y a même des exemples où à la longue ils ſe ſont entiérement diſſipés. Ainſi je croirois qu'un pareil ſkirrhe doit être abandonné à lui-même, juſqu'à ce qu'il ſurvienne quelque ſymptome qui exige les ſecours de l'art.

On me dira ſans doute que pour faire l'amputation il faut choiſir le tems où la tumeur eſt petite, où la maladie n'a pas (comme on croit) infecté la maſſe du ſang, & enfin où les forces du malade ne ſont pas épuiſées par la violence de la maladie. Mais ce raiſonnement, quelque ſpécieux qu'il ſoit, n'eſt pas concluant. L'expérience a fait voir que dans toutes ces circonſtances l'opération eſt ſouvent funeſte. Quelquefois après l'opération la plaie devient carcinomateuſe, & d'autres fois le virus cancereux ſe jette ſur quelqu'autre partie du corps. Dans ces deux cas le malade eſt ſouvent emporté en très-peu de tems.

C'eſt apparemment la crainte d'un pareil événement après l'extirpation

d'un ſkirrhe qui ſembloit être peu conſidérable, & avec lequel la perſonne auroit vraiſemblablement pû vivre quelques années, qui a détourné tant de Chirurgiens de faire l'amputation de quelque eſpèce de ſkirrhe que ce ſoit, & qui leur a fait décider qu'il ne falloit toucher à aucun. Mais quoiqu'on ne doive pas entreprendre à la hâte l'opération, dans quelque état que ſoit un ſkirrhe, il y a cependant des cas où elle eſt le ſeul moyen de ſauver le malade, & ſouvent même elle le guérit radicalement. C'eſt pourquoi j'avance qu'il n'eſt point de ſkirrhe ſi commun, où l'opération ne puiſſe avoir des ſuites funeſtes; & qu'il n'eſt point de cancer ſi malin, où elle ne puiſſe avoir un heureux ſuccès. Sur ce pied-là on ne doit jamais recommander la caſtration ſans un preſſant motif, ni déſeſpérer du ſuccès, même à la derniere extrêmité de la maladie.

Il paroîtra peutêtre un peu de contradiction dans ces maximes, ſavoir que l'opération eſt ſi ſouvent pernicieuſe dans un ſkirrhe benin, & qu'el-

le eſt néanmoins quelquefois ſalutaire dans le ſkirrhe le plus malin. J'avoue que c'eſt-là un ſécret dont je ne comprens pas la raiſon : mais je crois pouvoir dire, étant inſtruit par l'expérience, que c'eſt un fait, & que les rechûtes qui arrivent après l'opération, viennent de cauſes tellement au-deſſus de notre connoiſſance, que nous n'avons aucun ſigne certain pour nous guider dans nos pronoſtics. Je ne prétens pas néanmoins qu'un ſkirrhe benin ſoit tout-à-fait auſſi ſujet à revenir qu'un cancer ; mais j'eſtime que tant qu'il n'eſt pas douloureux ou n'incommode pas ſon poids, il ne faut pas l'extirper, parceque les avantages qu'on retire de l'extirpation, ne dédommagent pas du riſque que l'on court par cette opération.

Il y a cependant une objection plauſible à faire contre ce que j'avance. On dira, que tandis qu'on eſt à attendre le tems où l'opération ſera abſolument néceſſaire, la maladie du teſticule peut gagner le cordon ſpermatique, qui étant une fois attaqué rend l'opération extrêmement dange-

reuse, & même entiérement déseſpérée ſi la dureté va juſqu'en dedans des anneaux de l'abdomen. Cet accident, je l'avoue, eſt poſſible : mais je crois qu'il arrivera rarement ſous les yeux d'un praticien éclairé ; car le cordon ne ſauroit preſque jamais être affecté par la propagation de l'humeur, tandis que le teſticule augmente en groſſeur : & ce n'eſt pas-là une ſuppoſition, mais une vérité ; & c'eſt auſſi le véritable tems de la maladie que le Chirurgien doit choiſir pour l'opération.

C'eſt une opinion dominante, qu'un ſkirrhe qui dure longtems peut corrompre la maſſe du ſang, & par-là rendre l'opération inutile. Cette idée a pareillement engagé les Chirurgiens à recommander de faire de bonne heure l'extirpation : mais je me trompe fort, ſi le principe ſur lequel ils ſe ſont fondés n'eſt pas faux ; car quiconque examinera les hiſtoires des cancers qui ont été guéris ſans retour, en trouvera un bien plus grand nombre de ceux qui ſubſiſtoient depuis pluſieurs années, que de ceux où l'on

a fait l'opération peu de tems après qu'ils ont paru. Et si cette observation est vraie, elle prouve au moins que le danger qui peut résulter uniquement de la longue durée d'un skirrhe, n'est pas de lui-même une raison suffisante pour la castration. Quant à moi, je suis si éloigné de juger desavantageusement d'un semblable cancer, que j'estime qu'on ne sauroit avoir de meilleur preuve qu'il est local, que le peu de tort qu'il a fait jusques-là au tempérament du malade.

Une autre objection que l'on peut faire contre la méthode d'attendre que le testicule soit augmenté de volume, c'est que l'opération devient plus difficile & plus dangereuse. Mais lorsque je décrirai la maniere d'extirper le testicule, on verra que cette objection n'est pas aussi forte qu'on pourroit s'imaginer. L'amputation du testicule a cela de particulier, que la plaie n'est pas proportionnée au volume de la tumeur que l'on ampute. La plaie que l'on fait pour l'amputation d'un testicule qui pèse une livre, est ou doit

être presque aussi grande que celle qu'on fait pour l'amputation d'un testicule de trois livres. Par cette raison on voit rarement de plus fâcheux symptomes après l'extirpation d'un testicule fort gros, qu'après celle d'un testicule d'une grosseur médiocre. Mais ce qui mérite ici davantage notre attention, c'est qu'il ne meurt que peu ou point de malades de l'opération, s'ils ne sont pas de nouveau attaqués du virus cancereux : & cette remarque, si elle est vraie, fait voir que la grosseur du testicule ne met point la vie en danger, précisément par rapport à l'opération.

Avant que d'examiner les différentes manieres d'extirper un testicule, il sera peutêtre bon d'observer, qu'un skirrhe des vaisseaux spermatiques n'est pas toujours, selon quelques-uns, une raison qui empêche absolument l'extirpation: car si la maladie du cordon ne va que jusqu'à l'aîne, au-dehors de l'abdomen ; quoique l'opération soit toujours plus dangereuse que quand les vaisseaux sont sains, ils disent néanmoins qu'elle n'est pas désespérée ;

pérée ; & même quelques-uns penſent qu'elle eſt ſans danger lorſque la dureté du cordon ne s'étend pas beaucoup au-dedans de l'abdomen. Mais dans le dernier cas, quoique l'on puiſſe en dilatant les anneaux des muſcles faire une ligature autour du cordon au-deſſus de l'extrêmité de la dureté, il y a d'autres auteurs (1) qui regardent cela comme une entrepriſe trop hazardeuſe : & quant à moi, j'ai fort peu d'eſpérance de ſuccès dez que les vaiſſeaux ſpermatiques ſont tant ſoit peu affectés. Cependant, quelque redoutable que ſoit ce ſymptome, il paroît qu'il a été négligé par les Chirurgiens juſqu'à cinquante ans en deçà ; autrement un auſſi bon praticien que Saviard (2) n'auroit pû manquer d'en être inſtruit.

Il y a des hiſtoires qui font mention de fort groſſes tumeurs le long des vaiſſeaux ſpermatiques : & moi-même j'ai vû une fois une perſonne qui mourut de cette maladie, & en qui nous trouvâmes un ſteatome qui

(1) Le Dran, pag. 191. obſerv. vol. 2. p. 149.
(2) Obſerv. page 125.

alloit depuis le teſticule juſqu'à l'aorte, & qui étoit auſſi gros que le bras d'un homme. Il y a peu d'exemples où la portion du cordon ſpermatique qui eſt entre le teſticule & l'abdomen ſoit ſaine, tandis que toute la portion ſupérieure (1) qui eſt au-dedans de l'abdomen ſe trouve affectée. La poſſibilité de cette circonſtance demande la plus ſcrupuleuſe attention. Mais comme les duretés du cordon ſont ordinairement douloureuſes, la douleur au dos & aux lombes eſt un très-bon ſigne pour juger que la caſtration ne convient pas. Il faut ſeulement diſtinguer ſi cette douleur ne vient point peutêtre de la ſeule peſanteur du teſticule qui tiraille les vaiſſeaux; & il eſt aiſé de s'en aſſurer par le ſoulagement que le repos & la ſuſpenſion du teſticule ont coutume de procurer lorſqu'il n'y a point de ſkirrhe au cordon.

Il y a un autre accident du cordon ſpermatique, lequel mérite également notre attention, quoiqu'à la vérité le le cas arrive rarement. C'eſt une

(1) Le Dran, page 139.

groſſeur du cordon ſans dureté ; & il s'eſt trouvé que c'étoit une hernie de l'inteſtin ou de l'épiploon, laquelle s'étendoit préciſément juſque dans l'aîne (1). Un Chirurgien qui ne ſeroit pas inſtruit de la nature d'une pareille tumeur, pourroit enfermer l'inteſtin dans la ligature des vaiſſeaux ſpermatiques ; ce qui ne manqueroit pas d'être funeſte preſque dans le moment, & par conſéquent rend l'obſervation fort importante.

La maniére de faire l'opération de la caſtration, telle qu'elle eſt décrite par les meilleurs auteurs, eſt, à mon avis, repréhenſible en pluſieurs points. Ils veulent preſque tous qu'on faſſe pincer tranſverſalement la peau dans l'aîne par un aide, afin de faire l'inciſion avec le biſtouri ou avec les ciſeaux juſqu'au cordon ſpermatique. Quand le cordon eſt mis à découvert, ils ſéparent la peau d'avec le cordon en la détachant avec les doigts, ou en introduiſant une ſonde crênelée pour couper deſſus, ou bien avec des ci-

(1) Dionis, page 189. Garengeot, vol. 2. page 325.

ſeaux à bouton. Toutes ces précautions ſemblent venir d'une crainte mal-fondée de bleſſer les vaiſſeaux ſpermatiques, ou quelque groſſe artère; & il y a lieu de penſer que ce ſont là des préjugés qui dominoient déja du tems de Celſe, lequel ſemble leur donner atteinte par cette déciſion abſolue, *aperiendum autem audacter eſt* (1), &c. c'eſt-à-dire, il faut faire hardiment une inciſion tout de ſuite à travers la peau & la membrane cellulaire, en deſcendant juſqu'à la tunique vaginale. Et en faiſant cette inciſion il n'y a pas le moindre danger, & on ne perd point de tems: & on pourroit preſque dire qu'il n'y a pas la moindre douleur, ſi on compare cette maniere d'inciſer avec l'autre où l'on coupe ſur la ſonde ou avec les ciſeaux.

Ce que l'on fait enſuite dans cette opération après que le cordon a été mis à découvert, eſt, ſuivant que ces auteurs le décrivent, une maneuvre extrêmément groſſiere: je veux dire, de ſéparer le teſticule d'avec la mem-

(1) Celſe, vol. 2. page 460.

brane cellulaire en la déchirant, ou en la coupant dans les endroits où il y a de la réſiſtance. Mais l'abſurdité d'une telle maneuvre eſt tout-à-fait évidente, quand il s'agit d'un fort gros teſticule. C'eſt pourquoi je décrirai ici la méthode qui me paroît la meilleure de faire la caſtration en pareil cas, afin que l'on ſente mieux l'abſurdité de la méthode contraire.

Cette méthode qui me paroît la meilleure, eſt de faire une inciſion ovale, en commençant un peu au-deſſus des anneaux des muſcles de l'abdomen, & allant preſque juſqu'au bas du ſcrotum. La largeur de l'ovale dans l'endroit le plus large doit être au moins la moitié de la plus petite circonférence du teſticule. Lorſque l'inciſion eſt faite, & que les vaiſſeaux du ſcrotum ſont liés (ſuppoſé qu'il ſoit ſurvenu quelque hemorragie conſidérable), il faut en diſſequant ſéparer la peau d'avec le cordon, afin de pouvoir faire une ou pluſieurs ligatures aux vaiſſeaux ſpermatiques: après quoi il faut couper le cordon, & en diſſequant ſéparer du ſcrotum

le testicule avec le morceau de peau en ovale qui le couvre. Ce qui facilite beaucoup l'opération, c'est de couper d'abord le cordon : car alors en saisissant de la main gauche la partie supérieure du testicule on l'emporte beaucoup plus aisément que quand il demeure suspendu & qu'on ne peut le séparer que de chaque côté.

J'ai observé que l'incision ovale ne devoit pas être poussée jusqu'au bas du testicule. Par ce moyen l'opération sera moins longue & moins douloureuse : car comme il faut conserver peu de peau, il sera plus court & plus facile d'emporter le testicule avec la portion de la peau qui le couvre inférieurement, que de le séparer d'abord, & de couper ensuite la peau superflue. C'est pourquoi lorsque le testicule a été séparé du scrotum dans toute la longueur de l'incision ovale, on peut finir l'opération en coupant en même tems le testicule & la peau. Mais ce que je dis ici doit s'entendre de l'extirpation d'un gros testicule.

En emportant avec le testicule une aussi grande quantité du scrotum que

j'ai recommandé, on n'en laiſſe qu'une petite portion, & par conſéquent la plaie eſt petite. Mais j'ai deja averti que l'on eſt toujours maître d'emporter une ſi grande quantité du ſcrotum, que la plaie ſera petite, quelque groſſe que ſoit la tumeur.

Voilà une courte déſcription de l'opération que je recommande. Mais la méthode que preſcrivent les modernes, c'eſt de faire ſeulement une inciſion longitudinale juſqu'au bas du ſcrotum, & de ſéparer enſuite le teſticule d'avec le ſcrotum en déchirant la peau. Or déchirer une auſſi grande quantité de peau que celle qui enveloppe un teſticule de deux ou trois livres péſant, c'eſt une maneuvre non-ſeulement très-douloureuſe, mais dont les ſuites peuvent être dangereuſes à cauſe de la violence qu'il faut employer. D'ailleurs on eſt enſuite obligé de couper autant du ſcrotum lâche qu'on jugera néceſſaire pour faciliter la guériſon de la plaie; ce qui eſt encore une autre maneuvre douloureuſe. Ainſi je crois qu'après avoir comparé enſemble les deux méthodes,

on n'héſitera pas à décider laquelle mérite la préférence.

Une autre circonſtance que l'on conſidére dans cette opération, c'eſt le danger d'une hemorragie de la part de l'artère ſpermatique. Mais ce danger ne vient, ce ſemble, que de la crainte d'employer les moyens néceſſaires pour le prévenir. Quelques-uns (1) des plus grands Chirurgiens croyent encore aujourdui, qu'en liant le cordon ſpermatique on riſque de cauſer des convulſions; & pour éviter ce prétendu danger, on recommande l'uſage des ſtyptiques & la compreſſion; ou s'il eſt néceſſaire d'en venir à la ligature, on ordonne de ſéparer le nerf d'avec les vaiſſeaux ſpermatiques avant que de les lier. Mais cette pratique n'eſt pas mieux fondée ſur l'anatomie que ſur l'expérience : car quand il ſeroit vrai que la ligature du nerf produiroit des convulſions, ce nerf eſt ſi petit & ſi entortillé autour des vaiſſeaux, qu'il eſt impoſſible de l'en ſéparer (2). Quelques Chirurgiens

(1) Le Dran, page 194.
(2) Heiſter, page 840.

giens modernes (1) propoſent de ſeparer des vaiſſeaux ſpermatiques le nerf & le vaiſſeau déférent tout à la fois. Celſe & Paul Eginete diſent la même choſe. Et peutêtre y a-t-il lieu de croire que la règle qu'ils établiſſent de ſéparer le vaiſſeau déſérent d'avec l'artère & la veine ſpermatiques avant que de les lier, a fait naître à quelques modernes la fauſſe idée d'en ſéparer auſſi le nerf ; car les anciens donnent expreſſément le nom de nerf au vaiſſeau déférent.

Cette crainte mal-fondée, que la ligature du cordon n'ait de mauvaiſes ſuites, a tellement ſéduit les plus grands hommes, qu'on a même propoſé comme une précaution contre l'hémorragie, de ſéparer le teſticule d'avec le ſcrotum ; & après avoir lié le cordon, de le laiſſer juſqu'à ce qu'il tombe par la putrefaction. On s'imagineroit peutêtre que cette pratique nous eſt venue des plus anciens tems ; mais c'eſt réellement un rafinement moderne, & il ſemble avoir été approuvé par un des plus célébres au-

(1) Le Dran, page 193.

teurs (1) qui vivent aujourdui. La même crainte a engagé un autre grand homme (2) à recommander de froisser les vaisseaux spermatiques en les frottant entre le pouce & l'index, en sorte que quand le cordon sera coupé ces vaisseaux ne puissent fournir de sang. Je ne dirai pas que cette manœuvre est très-pernicieuse ; mais il est au moins vrai qu'elle peut être nuisible à un certain point. Il semble que la premiere idée en a été empruntée des anciens : car Albucasis (3) rapporte qu'une maniere de châtrer les animaux chez les arabes, étoit de froisser ainsi les vaisseaux des testicules & du cordon spermatique ; en conséquence de quoi il dit que les uns & les autres se détruisoient. Paul Eginete (4) dit aussi que c'étoit de son tems une des manieres de faire des eunuques.

Avant que de quitter l'article de la ligature du cordon spermatique, il sera peutêtre bon d'observer, qu'en

(1) Heister, page 840.
(2) Le Dran, page 193.
(3) Ch. 69. page 213.
(4) Page 303.

certaines occasions j'ai trouvé une si grande élasticité dans la tunique qui environne les vaisseaux, que le neud de la ligature a cédé à la dilatation de cette tunique, & qu'il s'en est ensuivi une nouvelle hemorragie. Il est à propos en pareil cas de passer l'aiguille avec un double fil par le milieu du cordon, & de faire une ligature au-dessus & au-dessous; ce qui sera une précaution suffisante.

Je ne sache pas qu'on ait fait sur cette matiére aucun autre progrès digne de remarque; à moins que de rapporter comme un moyen de guérison plus prompt, de passer une aiguille & une ligature depuis la peau qui est à la partie inférieure de la plaie par la peau qui est au côté opposé, de telle façon qu'on envelope en partie le testicule sain : ou si un seul point d'aiguille ne suffit pas, d'en faire un ou deux de plus à l'endroit de la plaie qui sera le plus convenable.

CHAPITRE IV.

De la Ponction du Périnée, & des Maladies de l'Urèthre.

LA rétention d'urine peut venir d'une paralysie du muscle expulseur de l'urine, ou d'une pierre arrêtée dans le col de la vessie, ou d'une inflammation du col de la vessie, accompagnée d'un gonflement de la glande prostate & d'une compression causée par cette glande, ou enfin des obstructions de l'urèthre en conséquence d'une gonorrhée, & quelquefois aussi, qnoique rarement, sans une gonorrhée précédente.

Dans le premier cas un Chirurgien habile peut toujours introduire la sonde. Dans le second on peut avec la sonde pousser la pierre au-dedans de la vessie, si elle est logée au col; ou bien on peut la tirer en toute sûreté par le moyen d'une incision, si elle est dans l'urèthre. Dans les deux derniers cas il arrive quelquefois

qu'on ne ſauroit introduire la ſonde dans la veſſie ; & c'eſt pour cela que nos prédéceſſeurs inventérent l'opération de la ponction du périnée, qu'ils faiſoient de différentes manieres, ſuivant que l'exigeoit la nature de la maladie, ou quelquefois peutêtre ſuivant que l'opinion les déterminoit à choiſir par préférence telle ou telle méthode.

Dans toutes les méthodes ils plaçoient le malade comme pour l'opération de la taille, c'eſt-à-dire, les cuiſſes ouvertes, & les talons joints aux feſſes. Enſuite ils enfonçoient un troicar ordinaire dans l'endroit du périnée que l'on bleſſe en taillant au grand appareil, & ils l'introduiſoient dans l'urèthre & le col de la veſſie ; ou bien ils le conduiſoient entre le muſcle accelerateur de l'urine & l'érecteur du penis, environ à un pouce de diſtance du raphé, juſques dans l'endroit de la veſſie qui eſt entre la glande proſtate & l'inſertion de l'uretère. Lorſque le troicar étoit introduit dans la veſſie, ils retiroient le poinçon, & laiſſoient la canule dans la plaie juſqu'à ce qu'ils euſſent ſujet de croire que la

cauſe de la rétention ne ſubſiſtoit plus.

La premiere de ces deux méthodes a été la plus en uſage, quoique, ſuivant toute apparence, elle ſoit ſujette à beaucoup plus d'inconvéniens que l'autre. Car en ſuppoſant qu'il n'y a point d'obſtructions dans l'urèthre, & que le ſeul obſtacle à la ſortie de l'urine eſt une contraction au col de la veſſie, il n'eſt nullement vraiſemblable qu'on puiſſe introduire un inſtrument dans le conduit de l'urèthre & le col de la veſſie ſans les bleſſer en plus d'un endroit : & l'expérience a montré qu'il eſt très-difficile non-ſeulement d'éviter cet accident, mais quelquefois même de faire entrer l'inſtrument dans la veſſie. Car comme la glande proſtate eſt ſituée ſur le rectum; ſi on conduit le troicar un peu trop obliquement en bas, ou bien on le fera paſſer entre la veſſie & le rectum, ou bien dans le rectum même. D'un autre côté, ſi pour éviter ce danger on conduit le troicar un peu trop obliquement en haut, alors on manque la glande proſtate, parcequ'on le pouſſe entre la ſymphyſe de l'os pubis

& la partie supérieure de cette glande. Peutêtre aussi qu'en même tems on blesse la vessie dans l'endroit qui est contigu à l'os pubis ; en conséquence de quoi l'urine peut s'insinuer dans les cellules voisines lorsqu'on a retiré la canule, & devenir au moins fort incommode, si elle ne cause pas la mort.

Mais quand on accorderoit que l'opérateur est assez adroit pour conduire la pointe du troicar exactement vis-à-vis le col de la vessie ; néanmoins lorsque ce col se trouve si resserré qu'il ne permet pas même l'entrée d'une petite sonde, il n'est presque pas croyable qu'on puisse y introduire un instrument de la grosseur du troicar, sinon par la plaie qu'il fait à travers une portion de la glande prostate. Or la maladie qui produit la rétention étant une inflammation de ces parties avec une grande disposition à la gangrêne, la violence que leur fait l'opération, & beaucoup plus l'irritation & la compression que leur cause la canule qu'on y laisse, ne sauroit manquer d'augmenter souvent cette disposition, & de produire un événement funeste.

Ainſi on voit dans la pratique, que les raiſons que j'emploie ici contre cette ſorte de ponction, ne ſont pas des raiſons priſes de la théorie, mais des raiſons que les accidens mêmes de l'opération m'ont fournies. Je pourrois parler auſſi du danger qu'il y a de rendre fiſtuleuſe la plaie de l'urèthre : mais comme je crois que cette méthode tombe maintenant en oubli, je n'examinerai pas cette objection, ni quelques-autres moins importantes qu'on pourroit faire.

Je ne dirai pas poſitivement quels ſont les inconvéniens qui s'enſuivent de la ponction de la veſſie, faite entre la glande proſtate & l'uretère, parceque je ne voudrois parler que d'après l'expérience, & que cette ſorte de ponction a été juſqu'ici plutôt recommandée qu'exécutée; peu de Chirurgiens, que je ſache, l'ayant encore miſe en pratique. Cependant ſi un Chirurgien avoit envie de la faire, je lui conſeillerois d'introduire l'index de la main gauche dans le rectum, afin de ſentir la glande proſtate, parceque ce ſera un excellent moyen de diriger

le troicar, qui doit être conduit parallele au rectum, un peu au-deſſus & à côté du doigt. C'eſt là la véritable route que ſuit M. Foubert dans ſa nouvelle maniere de tailler, où il introduit ſon troicar dans la veſſie. Mais je décrirai bientôt cette nouvelle méthode; & dans l'examen que j'en ferai, les objections que l'on peut former contre la ſeconde ſorte de ponction au périnée, ſe préſenteront naturellement.

Outre ces méthodes d'évacuer l'urine dans un cas de rétention, on trouva encore une autre voie pour introduire une canule: c'étoit d'inciſer l'urèthre depuis l'endroit du périnée où l'on coupe dans le grand appareil, & de continuer l'inciſion à travers le col de la veſſie. On faiſoit cela par le ſecours d'uue ſonde crénelée lorſque la choſe étoit praticable. Et lorſque les contractions de l'urèthre empêchoient d'introduire la ſonde, ou l'on faiſoit une inciſion du mieux qu'on pouvoit, ſans être guidé; ou bien l'on enfonçoit un troicar avec une canule crénelée, & on coupoit ſur la crénelure.

L'incision étant faite, on introduisoit un gorgeret, & par ce moyen une canule d'argent, autour de laquelle on entortilloit un morceau de linge fin, pour qu'elle incommodât moins la plaie.

Les objections que l'on peut former contre ces méthodes, outre la difficulté de les exécuter, étant presque les mêmes que celles que l'on fait contre les autres méthodes & dont j'ai déja parlé, je ne les examinerai pas de nouveau. Cependant il sera peutêtre bon de remarquer ici, qu'après l'opération on avoit coutume d'injecter des remédes balsamiques afin de nettoyer, disoit-on, la vessie de ses ordures. Mais je doute que ce procédé soit jamais nécessaire : car je crois que ce qu'on appelle ordure de la vessie, n'est autre chose que cette mucosité qu'elle fournit ordinairement lorsqu'elle est enflammée.

La derniere façon d'évacuer l'urine, c'est de faire une ponction au-dessus de l'os pubis dans l'endroit de la vessie où l'on fait l'opération du haut appareil. Cette méthode a été suivie par

occasion durant plusieurs années par quelques grands Chirurgiens ; & elle est encore approuvée : mais elle n'est pas recommandée comme ayant les avantages supérieurs qu'elle posséde, à mon avis. C'est une opération qui n'a aucune difficulté pour le Chirurgien, & qui est peu douloureuse pour le malade, l'ouverture que l'on fait à la vessie étant éloignée des parties affectées. Elle est également praticable, soit que la maladie attaque l'urèthre, ou la glande prostate : & comme la méthode de guérir les contractions de l'urèthre par des bougies suppuratives est devenue générale, ses avantages sont encore plus grands dans les rétentions d'urine qui viennent de cette cause : car tant que la canule demeure dans la vessie, les bougies peuvent être continuellement employées ; ce qui est capable de rétablir en peu de tems l'écoulement naturel de l'urine.

J'estime que la canule du troicar doit avoir deux anneaux à sa partie supérieure, comme la canule pour l'empyeme, afin de pouvoir la lier autour du corps avec un petit ruban, & em-

pêcher qu'elle ne ſorte de la veſſie. Il eſt encore important que la canule n'ait pas plus de deux pouces & demi de long, ou peutêtre ſeulement deux pouces. Nous liſons cependant un cas (1), où après que l'urine eut été évacuée, la veſſie venant s'affaiſſer dans le baſſin, abandonna la canule, & rendit néceſſaire une ſeconde ponction, que le Chirurgien fît avec un troicar plus long, & alors l'opération réuſſit. Cet exemple pourroit faire juger qu'un troicar long eſt plus convenable qu'un court : mais comme on ne dit pas juſqu'à quelle profondeur il fût introduit, ni à quelle diſtance de l'os pubis, nous ne pouvons tirer aucune inſtruction poſitive de cette hiſtoire. On peut obſerver néanmoins, que quand on a taillé au haut appareil, l'urine a toujours trouvé une iſſue libre, quoique la veſſie s'affaiſſât dans le baſſin : & moi-même ayant fait une inciſion au-deſſus de l'os pubis pour une rétention d'urine, & m'étant ſervi d'une canule qui n'avoit pas plus d'un pouce de long, j'ai trouvé auſſi

(1) Voyez Daran, page 379.

que la veſſie s'eſt toujours vuidée très-facilement : en ſorte qu'il eſt raiſonnable de croire, que ſi on fait la ponction dans l'endroit convenable, c'eſt-à-dire, environ un pouce & demi du pubis, il ne ſera pas néceſſaire d'enfoncer l'inſtrument bien avant : au lieu que ſi on la fait trop haut vers le nombril, la veſſie en ſe contractant, & en deſcendant vers l'os pubis, tirera la canule obliquement en bas, & peutêtre l'abandonnera entiérement, de façon que ſon extrêmité reſtera dans l'abdomen ; ou ſi la veſſie demeure attachée à la canule, elle ſera alors ſuſpendue dans une ſituation douloureuſe.

D'un autre côté, ſi on fait la ponction tout contre l'os pubis ; comme la veſſie en cet endroit s'éleve ſouvent dans une direction preſque perpendiculaire, elle laiſſe un vuide entre elle & les muſcles de l'abdomen ; ou pour parler avec plus d'exactitude, elle laiſſe ſeulement une certaine profondeur à la membrane cellulaire ; de ſorte que ſi le troicar pénétre peu avant, il pourra fort bien ne pas en-

trer dans la veſſie ; & s'il pénétre conſidérablement, il pourra traverſer la veſſie & entrer dans le rectum ; ou ſi la choſe n'arrive pas dans l'opération même, elle arrivera peutêtre quelques jours après, lorſque par la longueur de la maladie & par l'aſſujettiſſement le malade eſt plus épuiſé : car alors les muſcles de l'abdomen venant à ſe retirer & à s'affaiſſer, font que l'extrêmité de la canule preſſe la partie inférieure de la veſſie, & en peu de tems s'ouvre un paſſage dans le rectum.

Ce qui m'a engagé dans cette critique de la ponction au-deſſus de l'os pubis, c'eſt un accident arrivé dans ma pratique, où quoique j'euſſe introduit la canule environ un pouce & demi au-deſſus de l'os pubis, néanmoins l'ayant enfoncé deux pouces & demi au-deſſous de la ſurface de la peau, ſon extrêmité s'inſinua au bout de ſix ou ſept jours dans le rectum. Comme depuis ce tems-là le malade ne rendoit plus d'urine par la canule, & qu'il étoit attaqué d'une diarrhée, ma concluſion fût qu'il s'étoit ſéparé de la veſſie une eſcarre gangrenée, & que

l'urine s'épanchoit dans le bassin. A l'ouverture du cadavre, je trouvai que la chose étoit comme je l'avois pensé, & que l'urine faisoit la principale partie des matiéres fécales.

C'est un point bien digne de notre attention, de savoir combien de tems on peut laisser sans danger la même canule dans la vessie. Dans les paralysies de la vessie, ou lorsqu'elle a perdu son ressort par une longue rétention d'urine, la ponction, comme j'ai déja remarqué, n'est jamais ou presque jamais nécessaire. Mais si quelqu'une des autres causes se trouve compliquée avec celle-ci, on ne peut guère attendre que la vessie soit en état de reprendre ses fonctions en moins de trois, quatre ou cinq semaines; ce qui, à mon avis, semble être le tems ordinairement requis pour son rétablissement, lorsqu'on fait sortir chaque jour l'urine, ou qu'on laisse la sonde dans la vessie cinq ou six jours de suite.

Lorsque la rétention provient d'une inflammation accidentelle du col de la vessie, & de la glande prostate, soit

qu'elle ſoit accompagnée ou non d'obſtructions dans l'urèthre, elle dure ordinairement beaucoup moins. Mais on peut obſerver, que lorſqu'il y a des obſtructions dans l'urèthre, quoique la rétention ne ſoit pas totale pendant ſi long-tems, elle ſubſiſte néanmoins dans un dégré conſidérable; ce qui fait qu'il eſt à propos de continuer à tenir la canule dans la veſſie, afin de pouvoir traiter les obſtructions avec ſuccès.

On a découvert qu'une ſonde laiſſée dans la veſſie plus de dix jours peut tirer de l'urine une ſi grande incruſtation pierreuſe, que l'extraction devienne à cauſe de cela non-ſeulement douloureuſe, mais encore impoſſible. Cela doit nous apprendre à ne jamais laiſſer la canule dans la veſſie quinze jours entiers : mais il faut avouer que le changement de canule peut quelquefois embaraſſer. Je ſais un cas, où après qu'on eut retiré la canule qui étoit dans la veſſie, on ne pût jamais en introduire une ſeconde par la même ouverture; & le malade ne voulant pas ſe ſoumettre à un autre ponction

tion mourut de la rétention. Ainſi, pour obvier à une pareille difficulté, je conſeillerois de faire la ſeconde canule avec une extrêmité ſemblable à celle d'une ſonde ; parceque cette extrêmité étant ronde & unie paſſera aiſément, au lieu que les bords aigus de la canule d'un troicar l'empêcheront de paſſer.

J'ai rapporté les accidens qui peuvent ſuivre cette opération. Mais on ne doit pas les regarder comme des raiſons qui doivent empêcher de l'exécuter, puiſque quand une fois on les connoît, il eſt facile de les éviter. Et en général on peut dire de cette opération, qu'elle eſt très-peu douloureuſe, & même très-peu incommode, puiſqu'elle ne demande que le ſoin de boucher l'orifice de la canule avec du liége, qu'il faut ôter chaque fois que la veſſie ſe remplit, juſqu'à ce que le paſſage naturel ſoit rétabli, & que le malade puiſſe uriner par la voie ordinaire.

Le ſujet que je traite ici, me conduit naturellement à parler des contractions ou obſtructions de l'urèthre.

Et comme la méthode de les guérir par des bougies ſuppuratives n'eſt pas généralement connue, je veux examiner les effets de ces bougies ſur cette maladie, & auſſi la nature de la maladie elle-même.

La méthode de détruire les obſtructions de l'urèthre par des bougies ſuppuratives a été depuis peu enſeignée & publiée par M. Daran. Quelques-uns prétendent que M. Daran ne fait rien de plus que ce que faiſoient avant lui pluſieurs autres qui ſont encore vivans : mais je n'entrerai pas dans cette diſpute : c'eſt pourquoi lorſque je fais mention de la méthode ſuppurative, comme d'un progrès de la Chirurgie, je veux ſeulement parler des avantages qu'elle paroît avoir au-deſſus des autres méthodes que preſcrivent les meilleurs auteurs que nous ayons.

M. Daran retire un ſi immenſe profit de ſe réſerver, comme il fait, la compoſition de ſes bougies, qu'il n'y a pas lieu d'eſpérer qu'il en révéle jamais le ſecret, tant qu'elles lui produiront de ſi grands avantages pécuniaires. Mais

il nous a donné une collection de cas, avec un diſcours préliminaire, où il a pleinement établi les effets de ſes bougies ; & , ſi je ne me trompe, il a fourni par ce moyen des indications ſuffiſantes pour en découvrir la compoſition, ou du moins de bougies de même nature : & ce qui eſt peutêtre plus important que la compoſition même de ſes bougies, il a fait voir combien il faut de patience & d'aſſiduité quand on veut éprouver les avantages que promet leur uſage conſtant, quoique d'abord pendant pluſieurs jours ou pluſieurs ſemaines on ne s'aperçoive pas de leur effet.

Le précis de la doctrine qu'établit M. Daran, peut ſe renfermer en peu de mots. Il dit que ſi le canal de l'urèthre eſt aſſez ouvert pour admettre l'extrêmité de la bougie, il s'enſuivra de l'endroit malade de l'urèthre une ſuppuration, qui avec le tems relâchera la contraction & rendra le paſſage libre : & ſi la contraction s'oppoſe à l'entrée de la bougie, la pointe ſeule de la bougie y produira une légére ſuppuration, & en la relâchant rendra

de même le paſſage libre, quoique avec beaucoup plus de peine que dans le cas précédent.

Ainſi puiſque le bon effet que produit la bougie de M. Daran, eſt dû, comme il le dit lui-même, uniquement à la ſuppuration, on peut raiſonnablement préſumer que toute autre bougie qui opérera préciſément de la même façon, remplira exactement la même vûe. Or qu'il y ait pluſieurs bougies de cette nature, c'eſt ce qui eſt probable par le grand nombre de cures faites depuis peu dans ce pays-ci & ailleurs, à l'imitation de la méthode de M. Daran : quoique certains Chirurgiens voyant que leurs expériences étoient ſi heureuſes, ont cru avoir découvert la compoſition de M. Daran, ne faiſant pas réflexion qu'il peut y avoir différentes compoſitions capables de produire à peu près les mêmes effets.

Les auteurs précédens ont ſi ſouvent parlé de la vertu ſuppurative de certaines bougies, qu'un lecteur imprudent ſeroit porté à conclure de-là, que la méthode de M. Daran ne dif-

fére point eſſentiellement de celle qui a été pratiqué autrefois. Mais quiconque fera une ſérieuſe attention à ce qui eſt écrit ſur cette matiére, trouvera que les auteurs (1) qui parlent de bougies ſuppuratives, les confondent ſouvent avec des bougies eſcarotiques, & n'attribuent pas ces effets ſurprenans à une ſuppuration continuée, ſur laquelle M. Daran fait tant de fond; & qu'auſſi ces auteurs ne parlent pas de la ſuppuration avec de grands éloges. Et même Wiſeman, qui paroît avoir donné un plus grand nombre d'hiſtoires de guériſons opérées par la bougie, qu'aucun autre, excepté M. Daran, dit que ſi la bougie produit un écoulement de matiére, il faut en diſcontinuer l'uſage juſqu'à ce qu'on ait arrêté l'écoulement par des remédes internes convenables (2). En un mot il n'y a pas un auteur moderne qui ne conſeille de mettre l'urèthre à découvert, afin de détruire les obſtructions opiniâtres qui s'y rencontrent; ſi peu ils ſont attention,

(1) Voyez Palfin chap. XXII. édit. 2.
(2) Wiſeman, vol. 2. page 415.

que par l'uſage conſtant d'une bougie ſuppurative on peut enfin les détruire & rendre le paſſage libre.

Les différentes affections des parties urinaires & ſeminales où les bougies peuvent être employées utilement, ſont ; 1. Une ſimple contraction d'une portion de l'urèthre : 2. Des ulcères aux extrêmités des conduits excrétoires de la glande proſtate, des veſicules ſéminales, & des glandes de l'urèthre, qui rendent de la matiére, quelquefois abondamment, & quelquefois en petite quantité. 3. Des cicatrices calleuſes d'anciens ulcères. 4. Des carnoſités, appellées autrement excroiſſances, qui ſe ſont élévées de la ſurface d'anciens ulcères. 5. Un gonflement ſkirrheux ou ſpongieux du *veru montanum*. 6. Un ſkirrhe de la glande proſtate ou des veſicules ſéminales. 7. Un gonflement ſpongieux du corps ſpongieux de l'urèthre (1).

Il y a cependant de célébres Médecins & Chirurgiens, qui ne croyent pas que l'écoulement qui reſte après

(1) Voyez Aſtruc, page 234. Daran, page 5.

une gonorrhée ſoit la ſuppuration d'un ou de pluſieurs ulcères, mais une évacuation contre nature des liqueurs des organes ſécrétoires voiſins, provenant du relâchement de leurs vaiſſeaux. Les mêmes penſent auſſi, que la matiére produite par les bougies n'eſt pas une ſuppuration plus abondante des ulcères de l'urèthre, mais une ſécrétion plus abondante des liqueurs de ce conduit. Et enfin ils croyent que ce qu'on appelle communément une carnoſité, n'eſt autre choſe qu'une contraction dans l'urèthre, ou une protubérance de quelque portion du corps ſpongieux.

On ne ſauroit déterminer la façon dont la matiére eſt produite, ſans fixer exactement le ſiége de la gonorrhée : ſur quoi il y a eu autrefois une grande variété d'opinions ; quelques-uns eſtimant que la liqueur qui couloit étoit une matiére purulente fournie par des ulcères ; & d'autres, une ſécrétion plus copieuſe de la part des glandes du penis dans les hommes, & de la part des glandes du vagin & de l'urèthre dans les femmes.

On s'imagineroit que l'ouverture des perſonnes qui ſont mortes ayant une gonorrhée, auroit ſur le champ décidé la queſtion. Mais ſi en examinant les cadavres on a quelquefois découvert des ulcères dans l'urèthre, il y en a eu auſſi pluſieurs où l'on n'a trouvé aucuns ſignes évidens d'ulcères; & c'eſt principalement de ces différentes obſervations que les Chirurgiens ont formé des jugemens ſi différens.

Mais il ſemble qu'aujourdui on convient généralement, que les lacunes de l'urèthre ſont ordinairement ulcèrées dans la gonorrhée: & la plûpart des Chirurgiens croyent que dans les exemples que j'ai cités, & où il ne paroiſſoit aucune marque d'ulcères, on avoit examiné négligemment les cadavres, ou peutêtre on les avoit examinés après que les ulcères étoient guéris. Ainſi, quoique pluſieurs tiennent encore que l'écoulement de la gonorrhée n'eſt pas produit par des ulcères, tous conviennent cependant qu'il y a des ulcères durant la gonorrhée.

Pour

Pour moi j'avoue que je ſuis fort porté à croire que cet écoulement n'eſt pas tout-à-fait une matiére purulente, mais en partie une matiére purulente, & en partie une liqueur qui vient des organes ſécrétoires voiſins, comme auſſi des veſſicules ſéminales lorſque ces veſicules ou leurs conduits ſont affectés. Il paroît probable que le premier écoulement eſt de cette nature, non-ſeulement parcequ'il eſt ſouvent produit en moins de tems après que l'infection eſt communiquée, que nous ne voyons qu'il en faut pour la formation du pus en toute autre occaſion ; mais auſſi parceque cet écoulement eſt ſouvent le premier ſymptome qui paroît de la gonorrhée ; la douleur en urinant, & les autres ſymptomes d'une inflammation & d'une ulcèration, ne ſurvenant quelquefois que deux ou trois jours après.

Ces raiſons me font croire que le premier effet du virus vénérien eſt uniquement d'irriter, & que par cette irritation il augmente la ſécrétion qui ſe fait dans les glandes des inteſtins par les purgatifs, dans les glandes ſa-

livaires par la fumée du tabac, & dans tous les autres organes sécrétoires du corps par irritation. A mésure que le virus agit plus fo rtement, l'inflammation augmente, & les ulcères se forment & s'étendent. Alors, non-seulement la matiére qui vient des ulcères est sanieuse, mais tous les vaisseaux sécrétoires qui communiquent avec les lacunes ulcerées, séparent une liqueur plus claire qu'à l'ordinaire; & tant la matiére que les liqueurs des vaisseaux sécrétoires, continuent d'être claires tout le tems que l'inflammation est violente.

Je sais que l'on dit que le flux de la gonorrhée a toutes les propriétés d'une matiére purulente : mais je pense que c'est-là supposer ce qui est en question; car on voit des hommes sujets à un flux qui n'est point vénérien & n'a été précédé d'aucune infection vénérienne, qui néanmoins ressemble autant à du pus que le flux de la gonorrhée; & cependant on ne soupçonne pas alors qu'il y ait d'ulcère, & il n'y en a effectivement aucuns symptomes. Dans les femmes aussi,

les fleurs blanches sont quelquefois très-difficiles à distinguer du pus ; & dans certaines inflammations du prepuce il se fait une très-abondante sécrétion d'une matiére claire, sans que la peau soit aucunement ulcerée. Ces raisons feroient donc croire que le flux de la gonorrhée n'est pas entiérement du pus. On peut ajoûter, pour appuyer cette opinion, que la quantité de cet écoulement est d'ordinaire beaucoup plus grande, si on peut en juger par analogie, qu'un petit nombre d'ulcères de l'urèthre n'en pourroit fournir.

Mais pour conclure en un mot, je pense que nous avons de cela une preuve oculaire en examinant l'état des femmes : car chez elles, quoique le flux de la gonorrhée soit extrêmément copieux, il arrive souvent qu'avec le plus scrupuleux examen on ne sauroit découvrir la moindre marque d'ulcère : & néanmoins, si l'écoulement n'étoit que la matiére provenant des ulcères en cet endroit, il y a apparence qu'on en apercevroit au moins quelques uns. Je crois même par tou-

tes ces raisons, qu'il se peut faire que dans certaines gonorrhées légéres qui disparoissent en peu de jours, le virus vénérien n'ait pas été assez actif pour produire des ulcères dans l'urèthre, mais seulement assez pour produire une irritation des lacunes.

Ce que j'ai dit ici de la nature de la gonorrhée, servira, je l'espére, à faire mieux comprendre la nature des maladies qui en proviennent.

Lorsque l'inflammation cesse, & que les ulcères de l'urèthre se guérissent en même tems, la cure de la gonorrhée est achevée. D'un autre côté, s'il n'y a que l'inflammation qui cesse, & que les ulcères subsistent, il s'ensuit nécessairement un flux de matiére. C'est sur ce principe que M. Daran explique l'action de ses bougies. Il prétend qu'elles ont la vertu de guérir & de cicatriser ces sortes d'ulcères. Que si on peut comprendre la maniere dont les bougies agissent lorsqu'il y a des ulcères dans l'urèthre, il ne sera pas difficile de comprendre comment elles agissent quand il n'y a point d'ulcères; puisqu'elles ont, ce semble, la

vertu de rouvrir toutes les mauvaiſes cicatrices de l'urèthre, & de les réduire auſſitôt en ulcères : en ſorte que, ſoit qu'il y ait un ulcère ou ſeulement une cicatrice lorſqu'on commence d'employer la bougie, le cas devient auſſitôt le même.

J'ai parlé un peu poſitivement de la faculté qu'ont les bougies d'enlever la croute ou la mauvaiſe cicatrice des ulcères de l'urèthre. Mais quelques-uns douteront peutêtre d'une telle faculté : c'eſt pourquoi je remarquerai en faveur de cette opinion, que le premier écoulement que procure la bougie eſt ordinairement fort ſanieux, & provient évidemment de l'endroit où eſt l'obſtruction ; n'y ayant que la partie de la bougie qui touche l'obſtruction, qui ſoit couverte de matiére. De plus, la corde qui eſt produite par l'uſage de la bougie, & qui en eſt preſque toujours la ſuite, eſt infiniment plus douloureuſe dans l'endroit où il y a une obſtruction, que dans les autres endroits du penis ; ce qui me paroît être une forte preuve que l'écoulement & la dou-

leur ſont occaſionnés principalement par l'inflammation & la ſuppuration de l'obſtruction. J'avoue qu'une bougie produira une corde dans un penis ſain, où il n'y a point d'obſtruction : mais alors la corde s'étend par tout le penis, & n'eſt pas de beaucoup ſi douloureuſe que dans l'autre cas.

Pluſieurs croyent, comme j'ai déja obſervé, que l'augmentation prodigieuſe de certains écoulemens qui ſe fait par intervalles, & qui après avoir duré ſeulement deux ou trois jours revient enſuite tout d'un coup à la quantité ordinaire, eſt incompatible avec l'opinion d'un flux purulent. Leur idée eſt, que les ulcères ne ſauroient s'agrandir & diminuer de nouveau en ſi peu de tems, de maniere qu'on puiſſe rendre raiſon de cette différence d'évacuation; & ainſi ils concluent que l'écoulement n'eſt autre choſe qu'une excrétion contre nature, provenant des vaiſſeaux relâchés de l'urèthre, qui, ſelon eux, peuvent ſouvent par divers accidens être plus relâchés qu'à l'ordinaire.

Mais en conſéquence de ce que j'ai dit ſur les différentes circonſtances de la gonorrhée, il eſt probable que quoique la matiére d'un flux épais puiſſe être fournie par ſécrétion, néanmoins l'irritation qui excite cette ſécrétion, eſt entretenue par les ulcères qui ſubſiſtent ; & il eſt également probable que lorſque la matiére de l'écoulement eſt fort claire & en petite quantité, elle ne provient que de ces ulcères.

Que quelquefois des cauſes inconnues, & ſouvent des débauches ou quelque violente émotion de ces parties, produiſent une inflammation des ulcères & des vaiſſeaux voiſins, & en conſéquence une augmentation paſſagére de la matiére de l'écoulement, c'eſt ce qui ne doit pas ſurprendre, lorſqu'on fait réflexion que des ulcères habituels de toute autre partie du corps éprouvent ſouvent des variations, & ſe reſſentent de tout excès, de quelque eſpèce qu'il ſoit.

Si les idées que j'ai expoſées ſur la nature de la gonorrhée & de ſon écoulement, ſont véritables, c'eſt-à-dire, ſi cet écoulement eſt en partie puru-

lent, & en partie une excrétion contre nature, on peut présumer que l'écoulement que produit l'usage des bougies est aussi d'une nature mixte. M. Daran, pour montrer que le pus qui se trouve sur les bougies vient d'un ulcère, cite une expérience fort curieuse. Il dit que si on laisse pendant quatre heures une de ses bougies dans l'urèthre d'un homme qui n'a jamais été infecté du virus vénérien, on la retirera sans qu'elle soit salie; & que si on met la même bougie dans l'urèthre d'un autre homme qui a eu une gonorrhée, elle produira en moins de quatre heures une suppuration, & la bougie sera chargée d'un pus épais. De-là il conclut, qu'aucune partie de l'écoulement n'est une excrétion provenant de l'irritation causée par la bougie, parceque, dit-il, cela arriveroit également dans les deux urèthres: outre que d'abord la bougie n'est couverte de matiére, comme j'ai déja remarqué ci-devant, que dans sa partie qui touche les obstructions de l'urèthre; au lieu que si cette matiére étoit fournie par les conduits excrétoires,

& non pas par de vieux ulcères, la bougie ſeroit couverte preſque également partout.

J'avoue que cette expérience eſt d'un grand poids pour décider la queſtion dont il s'agit entre nous : mais je ſoupçonne que M. Daran ne l'a pas ſouvent répetée ſur des gens qui n'ont jamais eu de gonorrhée ; du moins il ne dit pas l'avoir fait ; & je ſuis d'autant plus porté à penſer de la ſorte, que dans la même page (1) il ſemble dire que l'expérience eſt inutile, déclarant qu'une preuve ſuffiſante du fait, c'eſt que dans une urèthre affectée la bougie n'eſt couverte de matiere que dans l'endroit qui a touché les ulcères.

Mon ſoupçon n'eſt pas fondé ſur une ſimple conjecture. J'ai engagé pluſieurs jeunes garçons depuis douze ans juſqu'à vingt, qui n'avoient jamais eu de gonorrhée, à ſouffrir l'introduction d'une bougie ; & dans chacun d'eux la bougie a fait ſortir une certaine quantité de matiere, mais plus abondamment dans les uns que dans les autres.

(1) Page 36. diſcours prélim.

On ne ſauroit guère préſumer, ce me ſemble, qu'une bougie mercurielle que j'employois, ait pû corroder l'urèthre & produire une ſuppuration dans trois, quatre, cinq ou ſix heures; ce qui étoit les différentes longueurs de tems que je donnois aux diverſes expériences. Mais ſi la matiere de l'écoulement n'étoit pas fournie par des ulcères, elle étoit néceſſairement une excrétion provenant des lacunes de l'urèthre.

Cependant, de peur qu'on ne m'objectât que l'opération de ma bougie ne doit pas être comparée à celle que produiroit une bougie de la compoſition de M. Daran, j'ai auſſi eſſayé une des ſiennes, qui par hazard étoit tombée entre mes mains d'une maniere qui ne me laiſſe aucun doute qu'elle ne fût véritable, & j'ai trouvé que les effets étoient préciſément les mêmes. Il s'enſuit donc vraiſemblablement de ces expériences, contre l'opinion de M. Daran, que l'écoulement que procurent les bougies n'eſt pas entiérement du pus, mais en partie du pus, & en partie une liqueur

fournie par les organes ſécrétoires voiſins, en conſéquence de l'irritation que cauſe la bougie. Je n'ai pas laiſſé cependant d'employer, comme M. Daran, le mot de ſuppuration, pour exprimer l'écoulement que produit une bougie.

Je parlerai ici d'un autre phénomene fort extraordinaire, que M. Daran aſſure avoir rencontré dans ſa pratique. Il dit que l'écoulement que procurent ſes bougies en rouvrant les ulcères ou cicatrices de l'urèthre, eſt d'une nature contagieuſe, quoique le malade, ſelon toute apparence, ait été auparavant durant pluſieurs années parfaitement ſain. Il attribue cela à l'action de la bougie, ſuppoſant qu'elle met en mouvement le virus vénérien, qui, quoiqu'il puiſſe demeurer aſſoupi, n'eſt pas, dit-il, éteint tant que les obſtructions de l'urèthre ſubſiſtent; & par cette raiſon il défend expreſſément tout commerce avec les femmes pendant l'uſage de la bougie.

Ce qu'avance ici M. Daran eſt d'une nature fort intéreſſante, & il importe extrêmément d'être aſſuré du

fait. J'avoue que j'ai quelques doutes ſi M. Daran ne s'eſt point laiſſé tromper ſur cet article : car pour moi je ſais que des maris qui avoient un écoulement, n'ont pas laiſſé dans ſa plus grande violence de s'approcher de leurs femmes à l'ordinaire, ſans les avoir infectées ; ce qui, à mon avis, n'arriveroit pas de la ſorte auſſi ſouvent qu'il arrive, ſi l'écoulement que procure la bougie étoit contagieux.

D'ailleurs il me paroît que ſi la choſe étoit véritable, elle ſeroit miſe hors de doute : car il y a tant d'hommes à qui on ne ſauroit perſuader de s'abſtenir de leurs femmes durant le traitement, qu'on devroit avoir ſans ceſſe une infinité de preuves de ce qu'avance M. Daran. J'ai traité moi-même de ces ſortes de malades, en qui la ſuppuration étoit extrêmément abondante, & qui cependant n'ont communiqué aucun mal. Toutefois, comme M. Daran, qui a eu de ſi bons moyens de s'inſtruire là-deſſus, aſſure poſitivement la choſe, il faut ſe ſouvenir que mes raiſons ne ſont que négatives, & que mes exemples ſont

peutêtre en trop petit nombre pour prouver que cela n'arrive jamais.

Les contractions de l'urèthre sont peutêtre les plus fréquentes causes des obstructions. Quelquefois elles n'attaquent qu'une petite portion de ce canal, d'autres fois elles en attaquent une longueur très-considérable, & souvent même trois ou quatre endroits différens. Les symptomes qu'elles produisent, sont à peu près les mêmes que ceux que produisent les autres embarras de l'urèthre, c'est-à-dire, une dysurie ou difficulté d'uriner avec ou sans inflammation ; une strangurie ou envie continuelle d'uriner ; une ischurie ou totale retention d'urine ; & enfin une incontinence d'urine : & tous ces divers accidens arrivent à différens malades dans les mêmes circonstances, ou au même malade en différens tems.

Cette maladie n'est pas absolument particuliere aux affections vénériennes de l'urèthre, ni aussi à l'urèthre même : mais elle vient rarement d'une autre cause que d'une affection vénérienne, & aucune autre partie du corps n'en

eſt auſſi ſouvent attaquée que l'urèthre. Elle ſe rencontre néanmoins quelquefois non-ſeulement dans des adultes qui n'ont jamais eu de gonorrhée, mais encore dans des enfans qui ont été ſoupçonnés d'avoir la pierre. Et ce qui prouve encore qu'elle peut être produite ſans qu'il y ait eu auparavant d'infection vénérienne, ce ſont les écrits des anciens, qui parlent de cette maladie dans un tems où la vérole ne s'étoit pas encore fait voir dans le monde connu (1).

La diſpoſition qu'ont quelquefois les parties membraneuſes du corps à ſe contracter, eſt évidente. J'ai vû dans ma pratique quatre malades où le rectum étoit contracté près de l'anus : & il l'étoit à un tel point dans l'un d'eux, qu'il n'excédoit pas le diametre d'une plume à écrire ; en conſéquence de quoi le malade étoit ſouvent à l'extrêmité à cauſe de la retention des matiéres, quoiqu'on employât tous les moyens poſſibles pour prevenir cet accident.

Mais cette diſpoſition à ſe contrac-

(1) Voyez Hippocr. Aphor. 81. ſect. 4.

ter semble être beaucoup plus grande dans les parties qui ont été blessées ou ulcerées, que dans les autres qui n'ont jamais eu aucun mal : & dans les cicatrices des ulcères elle continue quelquefois à se manifester durant plusieurs semaines, & même plusieurs mois après que l'ulcère est guéri ; comme on peut observer spécialement dans les brûlures, & même dans toutes les plaies des parties tendineuses & ligamenteuses, telles que les doigts & les orteils. Et c'est sans doute en conséquence de ces cicatrices de l'urèthre qu'il survient si fréquemment des contractions à ceux qui ont eu une gonorrhée, en comparaison de ceux qui n'en ont point eu : mais ce qui est fort singulier, c'est que cette contraction ne survient quelquefois que quinze, vingt ou trente ans après la gonorrhée.

Il est fort remarquable par rapport à plusieurs de ces contractions, que les symptomes qu'elles produisent diminuent lorsqu'on agit contre la contraction ; c'est-à-dire, que si on introduit une bougie assez grosse pour distendre l'urèthre, la douleur de la con-

traction ceſſera, & la ſtrangurie diminuera; en ſorte qu'un homme accoûtumé à uriner à chaque heure, pourra, en portant une bougie, retenir ſon urine trois ou quatre heures. C'eſt un phénomene auquel on ne s'attendroit pas : mais j'ai vû arriver ſemblable choſe dans un autre eſpèce de contraction, ſavoir dans une contraction des doigts qui vint après un ganglion à la paume de la main, lequel s'étendoit ſous le ligament du carpe juſqu'au deſſus du poignet. Ces ganglions font tellement plier les doigts, que leurs extrêmités viennent preſque joindre la paume de la main. Dans le cas dont je parle, la contraction étoit extrêmement douloureuſe : mais à meſure que j'étendois les doigts malades, & que je les maintenois par un bandage convenable, la douleur diminuoit, en ſorte qu'à la fin elle ceſſa entiérement lorſque les doigts furent tout-à-fait redreſſés. S'il arrivoit que je négligeaſſe de les tenir tendus, ils ſe contractoient de nouveau & redevenoient douloureux. Cela prouve ce que j'ai avancé, ſavoir qu'en agiſſant

contre

contre la diſpoſition contractile, cela ne cauſe pas de la douleur, comme on pourroit s'imaginer, mais qu'au contraire c'eſt un moyen de la ſoulager.

J'ai penſé que la ſimple diſtenſion de l'urèthre procuroit cette diminution des ſymptomes ; & je crois qu'on ne pourra guère en douter, en voyant que l'effet de la diſtenſion eſt ſi promt, qu'il ſe manifeſte ſouvent dez la premiere fois qu'on emploie la bougie, avant qu'on puiſſe ſoupçonner qu'il ſoit produit par la ſuppuration. D'ailleurs, c'eſt que dez qu'on retire la bougie, la ſtrangurie revient auſſitôt ; ce qui prouve que la bougie n'opére qu'en ſoutenant les fibres contractées.

Si les ſymptomes des contractions, des cicatrices calleuſes, des carnoſités, & des tumeurs du corps ſpongieux de l'urèthre, ont eſſentiellement différens les uns des autres, ces différences n'ont encore été marquées exactement par aucun auteur. Mais entre les autres ſignes qui ſervent à diſtinguer la maladie des proſtates & des veſſicules ſéminales d'avec les obſtruc-

tions de l'urèthre, je pense qu'on a observé véritablement que quand l'urèthre seule est affectée, le malade, lorsqu'il veut uriner, rend de la matiére avant son urine ; & que quand les prostates & les vessicules séminales sont seules attaquées, la matiére coule après les dernieres goutes d'urine. Mais il arrive souvent que l'une est mêlée avec l'autre (1).

Je suis porté à croire que la plûpart des maladies qui ont été guéries par une distension graduelle de l'urèthre, étoient principalement des contractions : car il est certain qu'on a fait plusieurs cures en tenant ce canal constamment ouvert. Quelquefois aussi on a remédié par cette méthode à d'autres grands accidens : car il arrive quelquefois que les plus légéres obstructions en causent des plus fâcheux ; & il n'est pas rare de trouver des stranguries, des suppressions d'urine, & même des fistules au périnée, produites par des obstacles qui se rencontrent dans le conduit urinaire. Or tous ces accidens cédent bientôt à l'intro-

(1) Daran, discours prélim. page 186.

duction d'une bougie ordinaire ou d'une ſonde de plomb ; & dans pluſieurs cas les douleurs ceſſent dez que le conduit eſt dégagé.

Mais comme autrefois on ne faiſoit pas aſſez d'attention à la propriété de la ſuppuration, les Chirurgiens d'alors ne cherchoient pas les bougies les plus ſuppuratives, & ne procuroient pas toute l'évacuation qu'ils auroient pû procurer avec celles dont ils ſe ſervoient : en conſéquence de quoi le malade étoit ſouvent ſujet à des rechûtes, à moins que chaque jour, ou une fois en deux ou trois jours, il n'introduisît une bougie ou une ſonde de plomb pour tenir le conduit ouvert : car il y a des ſujets dont l'urèthre eſt ſi diſpoſée à ſe contracter de nouveau ſi la maladie eſt une contraction, ou ſi facile à ſe gonfler de nouveau ſi la maladie eſt un gonflement du corps ſpongieux de l'urèthre, que les malades ſont obligés d'introduire une bougie ou une ſonde de plomb immédiatement avant que d'uriner.

Les Chirurgiens des derniers tems

employoient dans ces occaſions une petite bougie de cire. Mais comme la cire ſe fondoit ſouvent dans l'urèthre, que la mêche ſe caſſoit quelquefois en la retirant, & qu'il en reſtoit une partie dans le conduit, le danger de cet accident a fait ceſſer pendant pluſieurs années l'uſage de la bougie de cire ; & la bougie ſe fait maintenant de linge trempé dans la cire ou dans un emplâtre, & qu'on roule enſuite pour lui donner la forme convenable. Ces bougies ſont de toutes groſſeurs depuis la groſſeur d'une aiguille à tricoter juſqu'à celle d'une groſſe ſonde. Ceux qui entreprennent de diſtendre graduellement l'urèthre avec des ſondes de plomb, les font auſſi avec les mêmes gradations. Quelques-uns préférent les ſondes faites de baleine, qui ne ſont pas ſujettes à ſe rompre comme celles de plomb ; d'autant que la coûtume eſt d'enduire ces dernieres de mercure crud, ce qui les rend caſſantes, & a été cauſe pluſieurs fois qu'elles ſe ſont caſſées dans l'urèthre.

Outre ces moyens pour dilater l'urèthre, on s'eſt ſervi auſſi de boyau de

chat, d'un volume convenable au dégré de la contraction : & comme il a la qualité de s'étendre peu à peu à meſure qu'il s'humecte, cela a engagé quelques-uns à le préférer aux autres matiéres. Il y a eu auſſi des Chirurgiens qui par le moyen d'une ſonde ouverte à ſon extrêmité, ont tâché d'introduire une petite tente dans la contraction, en vûe d'agir ſeulement ſur la partie malade. Ils attachoient un fil à cette tente, afin de pouvoir la retirer quand ils voudroient ; & de cette maniere ils répétoient l'opération auſſi ſouvent qu'ils jugeoient néceſſaire. Mais la douleur que cauſe l'introduction d'une tente, la difficulté de la retirer ſi elle eſt de nature à s'enfler, le danger de rompre le fil, en un mot le peu d'avantage que promet cette méthode au-deſſus des autres, ont toujours empêché qu'elle ne fût reçûe univerſellement, & l'ont fait à la fin abſolument rejetter.

On peut s'apercevoir par la déſcription que j'ai donnée de cette opération, qu'elle ſuppoſe toujours la poſſibilité d'introduire la bougie juſ-

qu'à une certaine distance dans l'urèthre : & quoiqu'on l'introduise lentement, elle avance néanmoins un peu chaque jour vers le col de la vessie. Mais l'expérience montre qu'il y a beaucoup de cas où l'obstacle se présente à un pouce ou deux seulement de l'extrêmité du penis, & avec une telle résistance qu'il n'y a pas moyen de le vaincre par la force, ou du moins avec celle que les Chirurgiens ont ordinairement osé employer pour s'ouvrir un chemin à travers les contractions de l'urèthre ; & dans ces occasions toutes les tentatives que l'on a faites pour guérir le mal par la distension de l'urèthre, ont été inutiles.

Il y a eu néanmoins dans tous les tems des hommes entreprenans, qui ont tâché en appliquant des escarotiques à leurs bougies de forcer les obstacles qui résistent à la bougie ou à la sonde de plomb ; & à dire vrai, cette pratique a été approuvée par les plus habiles Chirurgiens des deux derniers siécles : mais aujourdui elle est universellement condamnée, & même

elle l'a été preſque toujours dez le tems de Saviard (1).

Les objections que l'on faiſoit contre l'uſage des cauſtiques, étoient, la difficulté & preſque l'impoſſibilité de les diriger de telle façon qu'ils ne rongeaſſent que les endroits malades de l'urèthre, ſans détruire les parties ſaines; l'impoſſibilité d'empêcher l'urèthre lorſqu'elle guériſſoit, de ſe contracter autant & peutêtre même encore plus qu'elle ne faiſoit dans le tems qu'on appliquoit les eſcarotiques; enfin la douleur qui étoit ſi cruelle, & peutêtre l'application qui étoit quelquefois ſi pernicieuſe, qu'on a vû ſurvenir tout de ſuite une mortification du ſcrotum, du penis & de la veſſie. Par ces raiſons l'uſage des eſcarotiques ſemble avoir été entiérement rejetté, & à leur place on a établi une autre méthode, qui à cauſe de ſa cruauté eſt auſſi ou preſque auſſi blamable.

Cette autre méthode conſiſte à faire, s'il eſt poſſible, une inciſion au périnée ſur une ſonde; enſuite d'introduire dans la veſſie par le ſecours

(1) Obſerv. 74.

d'un gorgeret une canule d'argent couverte de linge fin ; laquelle canule doit être tenue deux ou trois jours dans la vessie, & ensuite retirée : après quoi il faut détruire les obstructions par des remédes digestifs & escarotiques convenables. En même tems il faut passer un séton depuis la plaie par le canal de l'urèthre, de façon qu'il sorte par l'extrêmité du penis. Ce séton doit être couvert chaque jour de poudres escarotiques ou de puissans digestifs, afin de détruire les obstructions du canal. Quand cela est fait il faut introduire une sonde dans la vessie & l'y laisser, afin que l'urine s'écoulant par ce moyen, la plaie guérisse plus aisément. Quand la plaie est guérie, il faut ôter la sonde (1).

Si on ne peut pas introduire une sonde pour faire l'incision dessus, on recommande de se servir d'un troicar avec une canule crénelée, laquelle étant poussée dans la vessie servira à diriger l'incision de l'urèthre, depuis le périnée à travers des prostates &

(1) Voyez Dionis, page 21[illegible].

du

du col de la veſſie, ſuppoſé que ces parties ſoient pareillement affectées : après quoi les autres procédés ſeront les mêmes que ſi l'inciſion avoit été faite ſur la ſonde (1).

De la maniere dont j'ai repréſenté ces méthodes, une abſurdité frappante s'offre d'abord dans la propoſition de paſſer un ſéton depuis la plaie juſqu'à ce qu'il ſorte par l'extrêmité du penis. Car, ſuppoſé qu'on puiſſe ainſi paſſer un ſéton, on pourra pareillement introduire une bougie chargée des mêmes remédes, & avec le même avantage : & ſi on ne peut paſſer un ſéton, l'opération ne ſervira de rien pour l'endroit de l'urèthre où eſt l'obſtruction, & par conſéquent elle ſera entiérement inutile. Je ne dois pas cependant omettre, que quelques-uns (2) ont propoſé un autre reméde en ce cas, ſavoir, d'inciſer toute l'urèthre ; & que d'autres ont recommandé comme un perfectionnement de cette mé-

(1) Dionis, page 212. Opérat. de Le Dran, page 370. Obſerv. de Le Dran, Obſerv. 77. Mémoires de l'Académie de Chirurgie, page 438. Aſtruc, page 243. Palfin, vol. 1. page 188.
(2) Voyez Wiſeman, vol. 2. page 428.

thode, de guérir enſuite la plaie ſur une ſonde, lorſque les obſtructions ſont détruites.

J'ai déja fait mention, en traitant de la ponction du périnée, de quelques autres objections contre la méthode de pénétrer dans la veſſie. Mais comme je ne crois pas que cette méthode ait aujourdui aucuns partiſans, je ne m'arrêterai pas davantage à en prouver l'abſurdité.

C'eſt une choſe impoſſible qu'il ſubſiſte des ulcères dans l'urèthre, ſans qu'ils fourniſſent une plus ou moins grande quantité de matiére : & lorſqu'un malade n'a point d'écoulement après une gonorrhée, la ſurface de l'urèthre eſt dans un état ſain, ou bien elle eſt couverte d'une eſpèce de croute ou d'excroiſſance. On attribue ordinairement à une gonorrhée mal-traitée, & ſurtout à l'uſage des injections aſtringentes, l'écoulement qui reſte enſuite, & même tous les autres déſordres de l'urèthre. Mais comme les mêmes choſes arrivent très-ſouvent après le traitement le plus régulier & le plus méthodique, cette imputation n'eſt pas juſte.

On ne ſauroit nier que les injections aſtringentes ne produiſent quelquefois du mal ſur le champ, & peut-être même quelquefois un mal qu'on n'apercevra pas de pluſieurs années. On peut néanmoins remarquer par occaſion, que ces ſortes d'injections s'employent rarement, ſi ce n'eſt dans des écoulemens opiniâtres, qui auroient peutêtre eu les mêmes ſuites ſans cela. Mais quand les injections aſtringentes ont été miſes en uſage, on ne manque jamais de leur attribuer le mal.

Il n'y a peutêtre pas dans la Chirurgie un point plus délicat que de traiter comme il faut une gonorrhée opiniâtre qui continue à couler en dépit de tous les remédes internes. Les Chirurgiens recommandent la patience, parlent de ce mal comme d'une incommodité légére, & font eſpérer que la nature le guérira inſenſiblement d'elle-même. Mais peu de malades s'accommodent d'un pareil traitement, & ils veulent être guéris à tout hazard. Dans ce cas-là il n'y a pas deux partis à prendre : ou il faut employer

les injections astrigentes, ou abandonner le malade. Il est vrai qu'on peut avoir recours à la bougie : mais comme elle demande beaucoup de tems pour opérer une guérison parfaite, je crois qu'il n'y aura guère de malades qui veuillent se résoudre à en faire usage, à moins que les injections n'ayent déja été employées inutilement : & dans cette circonstance j'ai employé moi-même la bougie.

Je ne ferai pas difficulté d'avouer, que j'ai aussi quelquefois mis en usage les injections astringentes, & que je ne me souviens pas qu'il en soit jamais arrivé aucun fâcheux accident. Il est vrai que j'ai toujours commencé par des injections foibles, dont j'ai ensuite augmenté la force par dégrés ; ce qui sans doute a beaucoup contribué à les rendre innocentes. Je ne prétens pas néanmoins recommander les injections astringentes, excepté dans cette occasion, où j'estime qu'elles sont nécessaires : car je doute si un écoulement habituel que l'on abandonne à lui-même, ne se terminera pas plutôt par quelque douloureuse

maladie de l'urèthre, que ſi on l'avoit arrêté par une injection aſtringente au bout des trois premiers mois qu'il avoit paru.

Les ulcères de l'urèthre & du *veru montanum* ſont quelquefois compliqués avec une contraction du canal, & quelquefois le canal eſt libre. M. Daran aſſure qu'en les tâtant avec ſa bougie il peut diſtinguer leur ſituation préciſe, leur forme & leur nature; juſqu'à déterminer s'ils ſont contigus au *veru montanum*, ou s'ils en ſont peu éloignés ; s'ils ſont ronds ou ovales ; & ſi leurs bords ſont unis, ſongueux ou calleux. C'eſt-là, je l'avoue, une délicateſſe de tact ſi fort au-deſſus de mon intelligence que je ne ſaurois m'empêcher de croire que M. Daran ſe trompe.

L'action d'une bougie ſur ces ulcères ſemble être à peu près la même que celle des applications externes ſur les ulcères des autres parties du corps, leſquelles il faut continuer juſqu'à ce que l'ulcère ſoit entiérement guéri, ſans quoi il ſe forme quelquefois un fungus ou une croute. Mais le cas le

plus reſſemblant aux ulcères de l'urèthre, ce ſont les petits ulcères fongueux qui ſont quelquefois produits par de petits abſcès qui viennent autour de l'anus, leſquels ulcères il eſt difficile de guérir ſinon par de petits plumaſſeaux appliqués exactement entre leurs bords, de façon qu'ils touchent chaque point de l'ulcère. J'ai choiſi cet exemple pour éclaircir mon ſujet : car comme la ſurface de l'urèthre eſt partout concave, il me paroît vraiſemblable qu'elle peut quelquefois s'affaiſſer, & faire par ce moyen qu'une partie de l'ulcère frotte contre l'autre ; ce qui reſſemble en quelque choſe aux ulcères fongueux ou fiſſures de l'anus.

On dira peutêtre, que ſi c'eſt-là la principale action de la bougie, toutes ſortes de bougies, en diſtendant l'urèthre & en empêchant l'ulcère de ſe froncer, le mettront en état de guérir. Mais l'expérience fait voir que toutes ſortes de bougies ne conviennent pas ; y en ayant quelques-unes qui agiſſent beaucoup plus innocemment & plus avantageuſement que les autres. On

ne doit jamais, comme j'ai dit, se fier aux bougies escarotiques. Les sondes de plomb & de baleine, quoiqu'elles distendent l'urèthre, causent de la douleur aux ulcères, & produisent des fluxions & des hemorragies. La bougie de cire péche par deux extrêmités. La premiere, c'est que tandis qu'elle est dure, elle a les inconvéniens des sondes de plomb & de baleine : la seconde, c'est que la cire venant ensuite à se fondre par la chaleur de la partie, elle abandonne le linge, en sorte que la bougie n'est plus assez ferme pour se soutenir elle-même contre les côtés de l'urèthre. Ainsi les bougies faites d'emplâtres sont les plus convenables ; & si elles ont une dûe consistence, elles adouciront suffisamment pour empêcher tout frottement douloureux, & néanmoins conserveront leur premiere forme.

Ce n'est pas que je prétende par ce que je viens de dire, qu'on ne doive considérer que la consistence de l'emplâtre, & non pas ses vertus médicinales. Je crois au contraire que dans

la plûpart des cas elles ſont néceſſaires : mais je crois auſſi que pluſieurs bougies d'emplâtre dont on ſe ſervoit autrefois, auroient guéri quelques ulcères ſi on les eût employées avec aſſiduité. Mais juſqu'à préſent les Chirurgiens ont ſi peu penſé à arrêter de ſimples écoulemens par des bougies, que je ne trouve pas dans les auteurs la moindre mention de cette pratique. Wiſeman, par exemple, eſt ſi éloigné de l'imaginer, que dans les obſtructions de l'urèthre compliquées avec un écoulement, il ordonne d'arrêter d'abord l'écoulement par des remédes internes avant que d'employer la bougie (1).

M. Daran eſtime, comme j'ai déja remarqué, que toute l'évacuation procurée par la bougie eſt la ſuppuration des ulcères. Mais je crois en avoir aſſez dit pour prouver invinciblement que c'eſt auſſi une liqueur qui ſe ſépare des glandes de l'urèthre, &c. Et j'ajoûterai ici, qu'il eſt très-raiſonnable de conclure que cette derniere évacuation qui vient du voiſinage des

(1) Wiſeman, page 415.

ulcères, peut produire un très-bon effet ſur les ulcères mêmes, puiſque nous voyons ordinairement que plus un écoulement que l'on procure ſe trouve proche de la partie affectée, plus auſſi il eſt efficace.

Les cicatrices calleuſes ſont un autre article parmi les maladies de l'urèthre dont j'ai fait le dénombrement. Mais la grande reſſemblance qui ſe trouve entre cette affection & la contraction, fait qu'il eſt entiérement inutile de s'étendre davantage là-deſſus.

Les carnoſités, appellées auſſi excroiſſances, que l'on regardoit depuis près de deux cens ans comme la ſeule cauſe des obſtructions de l'urèthre, ont été preſque entiérement rejettées depuis le commencement de ce ſiécle, ou un peu auparavant, comme purement chimériques; tant les auteurs ont donné dans les deux extrêmités ſur ce ſujet. M. Petit ayant ouvert l'urèthre de douze malades, qui avoient, comme on aſſure (1), des obſtructions, ne trouva pas la moindre apparence

(1) Palfin, vol. 1. page 189. Garengeot, vol. 2, page 22.

de carnoſité dans aucun d'eux. Ces obſervations faites par un Chirurgien auſſi judicieux que M. Petit, ſemblent avoir confirmé cette opinion, déja adoptée par les plus habiles praticiens avant lui, qu'il n'y a point de carnoſités (1).

Mais aujourdui on croit de nouveau qu'elles ſont une des cauſes des obſtructions de l'urèthre ; & M. Daran va juſqu'à avancer qu'elles en ſont, ſinon la ſeule, du moins la plus fréquente cauſe : en effet il met au rang des carnoſités les cicatrices calleuſes de l'urèthre ; & de cette maniere il confond enſemble ces deux maladies, que l'on regarde ordinairement comme différentes l'une de l'autre (2).

Je crois qu'il arrive rarement que les carnoſités ne ſoient pas accompagnées d'une contraction, ou de cicatrices calleuſes, ou de gonflemens du corps ſpongieux de l'urèthre. Dans ce cas-là les carnoſités ne ſont qu'une partie de l'obſtruction, & peuvent ſouvent n'être pas plus groſſes que la

(1) Saviard, obſerv. 73.
(2) Daran, diſcours prélim. page 132.

tête d'une épingle. Mais ceux qui ont examiné l'urèthre après la mort, s'attendant de les trouver d'un volume conſidérable, & ne voyant rien de ſemblable, ont ſouvent, ſelon toute apparence, négligé ces petits objets (qui auſſi étoient vraiſemblablement diminués par la mort), & ont conclu qu'il n'y avoit point de carnoſités.

Que d'auſſi petites excroiſſances puiſſent cauſer de grands accidens dans une partie auſſi ſenſible que l'urèthre, c'eſt de quoi j'ai eu occaſion de voir un exemple remarquable dans l'urèthre d'une fille, à qui il en étoit venu un petit nombre ſur l'orifice du conduit, & à qui elles cauſerent durant pluſieurs mois les plus cruelles douleurs, qui continuerent juſqu'à ce que j'eus entiérement extirpé les carnoſités.

Nonobſtant ce qu'on a avancé ſi poſitivement, que les carnoſités n'exiſtent que dans l'imagination, j'ai ouvert quelques urèthres où elles étoient fort évidentes. Dans une je trouvai près du *veru montanum* un filament qui alloit en travers de l'urèthre & qui

avoit empêché la ſonde de pénétrer; & le malade mourut d'une retention d'urine. Dans une autre je trouvai de petits filamens, dont quelques-uns étoient lâches, & un avoit neuf lignes de longueur, & étoit attaché par ſes deux extrêmités à l'urèthre, mais alloit ſelon la direction du canal. Dans une troiſiéme, outre la contraction, je trouvai une petite excroiſſance qui reſſembloit à une des valvules tricuſpidales du cœur : ce qui, avec les exemples que je pourrois citer d'autres Chirurgiens, prouve que l'opinion de l'exiſtence des carnoſités n'eſt pas ſans fondement.

L'action de la bougie ſur une carnoſité ſemble ètre en partie une compreſſion, & en partie une ſuppuration : car je doute ſi par la ſuppuration ſeule la guériſon pourroit être opérée ſi promptement; ainſi qu'il arrive dans toute ſorte de fungus, leſquels ſont beaucoup plutôt détruits par des applications convenables, avec le ſecours de la compreſſion, que par les applications ſeules.

Un ſkirrhe, ou quelquefois peut-

être un gonflement ſpongieux du *veru montanum*, avec ou ſans ulcère, ſemble être la cauſe la plus ordinaire de l'obſtruction. Et lorſque dans le coït l'éjaculation eſt douloureuſe, ou lorſque la ſemence eſt pouſſée dans la veſſie, ou ſeulement un peu avant dans l'urèthre; alors ſi l'urèthre même n'eſt pas obſtruée, le *veru montanum* & les extrêmités des conduits excrétoires des veſſicules ſéminales ſont ordinairement affectés. Si la ſemence ſe décharge dans la veſſie, elle ſuit l'urine la premiere fois que le malade fait de l'eau. Si elle ſe décharge dans l'urèthre, elle ſort peu à peu dez que l'érection ceſſe.

J'ai été ſurpris du grand nombre d'exemples que j'ai vûs de la ſeconde eſpèce: mais il faut obſerver que ces ſymptomes ſont rarement conſtans; car quelquefois le malade décharge librement, & d'autres fois il eſt ſujet à cette irrégularité. Lorſque la ſemence ſe décharge dans la veſſie, on dit que cela provient d'une cicatrice mal formée du *veru montanum*, laquelle renverſant les orifices des conduits excré-

toires des vessicules séminales les tourne vers la vessie (1). Mais cela ne rend raison que du cas où ce symptome est constant : c'est pourquoi je croirois volontiers, qu'ordinairement il vient plutôt d'un gonflement plus ou moins grand du *veru montanum* en divers tems, ce qui obstrue nécessairement plus ou moins le conduit. Il faut cependant remarquer qu'une obstruction presque totale dans quelque endroit que ce soit de l'urèthre empêchera aussi de décharger librement, quoique le *veru montanum* ne soit point affecté ; & suivant toute apparence c'est la cause la plus ordinaire qui empêche la sortie de la semence.

Un skirrhe des prostates & des vessicules séminales est une autre maladie, que l'on dit provenir d'une gonorrhée précédente. Mais quoique les conduits excrétoires de ces organes étant durcis ou ulcerés doivent nécessairement occasionner quelque désordre dans les organes mêmes, néanmoins on trouve souvent un skirrhe & un gonflement

(1) Mémoires de l'Académie de Chirurgie, page 427.

des proſtates ſans qu'il y ait eu précédemment d'infection vénérienne ; au lieu que les maladies de l'urèthre ſont, comme j'ai dit auparavant, la ſuite ordinaire des gonorrhées. Un ſkirrhe des veſſicules ſéminales, eſt, je crois, un cas rare. Mais, pour dire la vérité, nous n'avons pas encore là-deſſus toutes les lumieres que nous pouvons raiſonnablement attendre dans la ſuite, lorſqu'on diſſequera plus ſouvent des veſſies malades.

La pierre dans la veſſie & un ſkirrhe des proſtates cauſent tant de ſymptomes ſemblables, que les malades attaqués de cette derniere maladie ſont ordinairement ſoupçonnés d'avoir la pierre : quoiqu'il y ait des ſignes qui diſtinguent ces deux maladies l'une de l'autre, mais non pas ſuffiſamment pour qu'il ſoit inutile de ſonder. Je crois que le principal ſigne, lorque les ſymptomes ſont violens dans les deux cas, c'eſt que le mouvement du caroſſe ou du cheval n'augmente pas la douleur lorſque les proſtates ſont affectées; & qu'au contraire elle eſt inſupportable lorſqu'il y a une pierre. Ordinai-

rement auſſi la douleur que cauſe la pierre augmente par intervalles ; au lieu que celle que cauſe le ſkirrhe des proſtates eſt plus égale. Cette règle a néanmoins quelquefois ſes exceptions.

Lorſque la glande proſtate eſt groſſie, comme elle l'eſt dans tous les cas qui ne ſont pas vénériens, on peut la ſentir très-diſtinctement en mettant le doigt dans le rectum. Elle ſerre auſſi tellement le col de la veſſie, que non-ſeulement elle rend la ſortie de l'urine fort difficile, mais que ſi on introduit une ſonde dans la veſſie, elle demeure comme ſi elle étoit coignée dans le conduit, étant ſi étroitement embraſſée dans une longueur conſidérable, qu'on ne ſauroit en remuer l'extrêmité d'un côté de la veſſie à l'autre : ou, pour mieux dire, elle empêle plus ſouvent que la ſonde ne puiſſe entrer dans la veſſie.

Lorſque les maladies des proſtates ne viennent pas d'une cauſe vénérienne antécédente, elles ſont ordinairement mortelles, & font périr le malade au bout de quelques mois, ou peut-être au bout d'un an ou deux. Au

contraire,

contraire, si elles viennent d'une cause vénérienne, elles subsistent beaucoup plus longtems avant que de devenir mortelles, & on les distingue d'ordinaire parcequ'elles sont compliquées avec quelques autres affections de l'urèthre; au lieu que dans le premier cas l'urèthre est saine, & que la sonde arrive sans obstacle jusqu'aux prostates.

Des ulcères aux prostates & aux vessicules séminales peuvent quelquefois accompagner les autres maladies de l'urèthre; & la quantité de matiére que certains malades rendent après leur urine, montre clairement qu'il y a des abscès en quelques endroits de la vessie. M. Daran déséspére entiérement de pouvoir guérir ces sortes d'ulcères, disant que sa bougie n'agit que lorsqu'elle touche la partie malade.

Mais il me paroît vraisemblable que la bougie peut souvent étendre son effet depuis les conduits excrétoires de ces parties jusqu'aux parties mêmes; puisque les duretés & les fistules au périnée avec peu ou point de contraction de l'urèthre, sont manifestement

diminuées par l'action de la bougie sur les lacunes. Ainsi je crois que quand le skirrhe des prostates vient d'une affection antécédente de leurs conduits excrétoires, la bougie peut être utile. Et quand il ne vient pas d'une semblable cause, je pense qu'il peut être de la nature du skirrhe de la mamelle, du testicule, &c. qui pour l'ordinaire a une disposition carcinomateuse; & dans ce cas-là la bougie doit être entiérement inutile.

Un gonflement spongieux du corps spongieux de l'urèthre est la derniere sorte d'obstruction dont j'ai parlé, qui demande l'usage de la bougie. Mais quoique la plûpart des grands Chirurgiens regardent ce gonflement comme l'obstruction la plus ordinaire, son existence néanmoins n'a pas été aussi clairement démontrée qu'on s'imagineroit: mais on présume que dans les cas où le canal de l'urèthre est entiérement resserré, & cependant permet aisément à une bougie ou à une sonde d'y entrer, cela vient d'un pareil gonflement spongieux de ce canal, que l'on suppose être capable de céder

lorſque la bougie le comprime.

D'ailleurs on croit qu'en admettant ce gonflement du corps ſpongieux de l'urèthre, on peut mieux expliquer pourquoi l'urèthre ſe trouve libre dans des gens que l'on eſtime être morts d'obſtructions, que par toute autre hypothéſe; parceque, dit-on, il eſt plus raiſonnable de penſer que le gonflement ceſſe après la mort, que non pas que les carnoſités diſparoiſſent, ou que les contractions ſe relâchent.

Je n'entreprendrai pas de décider de la force de ce raiſonnement : mais il eſt certain que dans quelques urèthres les ſignes de la contraction du canal diſparoiſſent ſouvent quelques heures après la mort, ſoit que fût un gonflement fongueux, ou une contraction de l'urèthre. Il y a auſſi des Chirurgiens qui jugent que cela eſt évident par l'attouchement de la bougie : & quoique la bougie ſoit, à mon avis, un guide trop peu ſûr pour qu'on puiſſe y beaucoup compter, j'avoue néanmoins que j'ai ſouvent eu la même idée. Et pour l'appuyer, je ferai ici mention d'une maladie toute ſembla-

ble qui attaque la membrane pituitaire du nez ; car j'ai vû cette membrane s'enfler & grossir tellement qu'elle bouchoit entiérement les narines.

Ce qui arrive à la membrane pituitaire du nez, peut arriver de même à l'urèthre : mais je ne suis pas absolument sûr du fait. Néanmoins en supposant que cette maladie est fréquente, il est facile de rendre raison des bons effets que les bougies y opérent; puisqu'un écoulement continuel provenant d'une partie grossie & tumefiée semble être un moyen fort naturel de dissiper la tumeur.

Quoique les femmes soient peu sujettes aux obstructions de l'urèthre, parceque les lacunes du vagin sont principalement affectées dans la gonorrhée; toutefois, comme l'urèthre des femmes a aussi des lacunes qui sont quelquefois affectées, elle peut éprouver les mêmes accidens que l'urèthre des hommes : aussi le cas arrive-t-il, quoique très-rarement. Les ulcères des deux lacunes des prostates des femmes sont plus communs. Ils se manifestent au-dedans du vagin,

c'est-à-dire, précisément dans l'endroit où sont situées les lacunes. Le traitement de ces deux maladies se comprendra aisément par les règles établies pour le traitement des hommes.

J'ai considéré jusqu'ici les principales maladies de l'urèthre qui peuvent être guéries par la bougie, excepté la fistule au périnée, dont j'examinerai la nature lorsque je donnerai les règles pour se servir de la bougie. Ainsi il me reste à examiner présentement qu'elle est la meilleure composition d'emplâtre pour rendre la bougie efficace.

Si l'emplâtre est trop mou, on ne sauroit introduire la bougie avec assez de force, soit à travers une contraction ou à travers tout autre obstacle, pour produire promptement l'effet convenable : car si la pointe de la bougie touche simplement l'obstacle, son opération sera fort lente ; au lieu que si la bougie est assez ferme pour traverser un peu l'obstruction, non-seulement elle distendra la partie malade, mais elle y produira aussi en peu

de tems une ſuppuration conſidérable.

Il eſt donc de grande importance que la bougie ne réſiſte pas foiblement, mais qu'elle ſoit aſſez ferme pour ſoutenir la force qu'on peut employer ſans danger en diſtendant l'urèthre contractée : car quoique j'ai grande opinion des bons effets que produit la ſuppuration, je crois auſſi que les bougies agiſſent en diſtendant l'urèthre ; & que les cures que fait M. Daran, s'opérent en partie par la diſtenſion, & en partie par la ſuppuration ; quoiqu'il les attribue uniquement à la ſuppuration.

D'un autre côté, ſi l'emplâtre eſt trop dur, la bougie pourra agir pendant quelque tems comme les ſondes de plomb ou de baleine, & par ſon frottement non-ſeulement cauſer de la douleur & de l'inflammation, mais encore rompre les vaiſſeaux de l'urèthre qui ſont diſtendus. D'ailleurs, plus elle ſera dure, moins elle ſe ramollira par la chaleur de l'urèthre ; & quelques vertus qu'on attribue à l'emplâtre, elles ne pourront agir ſur les

obſtructions tant que l'emplâtre demeurera dans cet état de dureté, ou du moins n'agiront pas au même dégré que ſi l'emplâtre étoit ramolli.

Un autre inconvénient des bougies fort dures, c'eſt la facilité qu'elles ont à ſe rompre pendant qu'elles ſont dans l'urèthre, ce qui en rend l'extraction douloureuſe : car ne ſe conformant pas au mouvement du corps, elles ſe rompent ſeulement dans l'endroit où ſe fait le plus grand effort ; d'où il arrive que les parties rompues font un angle entre elles, & que leurs bords étant durs déchirent une partie auſſi délicate que l'urèthre lorſqu'on retire la bougie.

Mais la plus importante objection contre les bougies fort dures, c'eſt le danger de manier trop rudement l'urèthre, ſurtout lorſqu'elles ſont entre les mains de gens mal-adroits. Si la bougie eſt molle, elle ſe pliera plutôt que de nuire par ſa réſiſtance : mais elle peut faire beaucoup de mal quand elle eſt dure. J'ai vû moi-même un exemple, où la bougie en preſſant chaque jour pendant quelques heures

contre la partie membraneuſe de l'urèthre, pénétra dans le rectum. Je penſe que la même choſe eſt peutêtre ſouvent arrivé aux praticiens qui ont employé beaucoup de force pour diſtendre l'urèthre; quoiqu'aucun d'eux, que je ſache, n'ait eu l'ingenuité de l'avouer.

Une des fins principales qu'on ſe propoſe par la bougie, étant de procurer un écoulement de la part des ulcères & des lacunes de l'urèthre, ſa compoſition ne doit pas être d'une nature aſtringente, comme il eſt évident par l'effet des injections aſtringentes. Les emplâtres deſſicatifs ſont une eſpèce d'aſtringens; & en arrêtant l'écoulement qu'ils cauſent par leur irritation, ils enflamment l'urèthre, ce qui rend leur action inutile : outre qu'ordinairement, faute d'un dégré convenable de ſuppuration, leur continuation dans l'urèthre pendant un tems ſuffiſant eſt inſupportable.

Les bougies de cire ſont de la même nature : mais leur action n'eſt pas auſſi forte que celle de quelques cicatriſans. Quoi qu'il en ſoit, elles produiſent

duiſent le plus ſouvent ſi peu de matiére, qu'elles ſe trouvent inutiles : ainſi on ne doit pas, ce ſemble, les employer, à moins que ce ne ſoit à la fin du traitement, lorſqu'on veut cicatriſer les ulcères.

Quelques Chirurgiens, qui condamnent d'ailleurs l'uſage des eſcarotiques, ſe ſervent de poudres eſcarotiques répandues en petite quantité ſur la bougie, & diſent qu'ils les employent uniquement pour procurer une ſuppuration abondante. Mais comme ces poudres rongent néceſſairement à un certain point, & qu'il y a certains ſujets où la moindre eroſion de l'urèthre eſt très-pernicieuſe, je tiens que leur uſage eſt dangereux : outre que quand elles agiſſent comme eſcarotiques elles forment une eſcarre, au lieu de produire une ſuppuration.

Les emplâtres impregnés d'une bonne doſe de térébentine ſemblent être trop ſtimulans : & quoiqu'il faille un certain dégré d'irritation ; néanmoins ſi l'urèthre eſt ſi fort ſtimulée, il ſurviendra une violente ſtrangurie, ou quelque autre ſymptome de l'irri-

tation, lequel rendra inſupportable la continuation de la bougie dans l'urèthre. D'ailleurs, lorſque l'urèthre eſt fort enflammée, l'écoulement diminue pour l'ordinaire, & quelquefois même ceſſe, nonobſtant l'uſage de la bougie.

Ainſi les qualités que doit avoir une bougie, ſont, un dégré ſuffiſant de fermeté pour pouvoir être introduite avec une certaine force; une ſoupleſſe & une viſcoſité ſuffiſante pour pouvoir ſe conformer au mouvement du corps ſans ſe rompre; une vertu adouciſſante & ſuppurative, pour cauſer un écoulement ſans douleur; & enfin une douceur de ſurface, afin de pouvoir non-ſeulement être introduite avec plus de facilité, mais demeurer dans le conduit ſans incommoder, juſqu'à ce qu'elle commence à ſe diſſoudre.

La meilleure baſe d'une pareille bougie eſt, à mon avis, le diachylon ſimple, que l'on peut rendre efficace par une grande variété de mélanges. Une addition de certaines gommes ou de l'emplâtre de mucilage ſuffira ſeule dans quelques maladies de l'urè-

thre. Mais comme un long usage des applications mercurielles est presque un spécifique pour les ulcères vénériens, & qu'aussi il agit puissamment sur toute autre sorte d'ulcères opiniâtres, je m'en suis principalement tenu dans mes expériences aux préparations de mercure.

J'ai souvent fait usage du précipité blanc, du précipité rouge, du calomelas & de l'æthiops minéral. Et quoique les précipités, du moins le rouge, soient proprement des escarotiques, néanmoins lorsqu'ils sont mêlés dans un emplâtre, ils perdent leur qualité corrosive, comme l'élixir de vitriol perd la sienne étant délayé, & de cette façon on peut les employer en toute sûreté. Mais il est bon d'observer que le précipité rouge doit être réduit en poudre très-fine, parceque la porphyrisation affoiblit sa qualité escarotique lors-même qu'il est encore en poudre; & dans cet état je l'ai employé depuis un gros jusqu'à trois pour chaque once d'emplâtre, sans causer aucun dommage, & sans remarquer aucune différence notable

d'action dans les bougies ; tant les pointes du mercure ſont bien enveloppés par l'emplâtre où elles ſont mêlées.

Mais quoique ces remédes guériſſent ſouvent certaines maladies opiniâtres de l'urèthre, néanmoins une forte doſe de mercure crud mêlée avec l'emplâtre ſemble ètte le reméde le plus convenable pour cet effet. C'eſt ainſi que le mercure mêlé avec de la graiſſe ou avec un emplâtre n'eſt pas ſeulement un excellent reméde topique pour les ulcères, mais auſſi un très-bon diſcuſſif, qui agit lors-même qu'il n'y a point de rupture de vaiſſeaux. Cette action du mercure ſemble donc lui donner de beaucoup la préférence ſur les autres compoſitions, parceque non-ſeulement il agit auſſi favorablement ſur la ſurface des ulcères, mais qu'il déploie auſſi ſes autres vertus ſur les parties fongueuſes ou durcies de l'urèthre.

On découvrira peutêtre dans la ſuite la véritable proportion du mercure par rapport à l'emplâtre. Quant à préſent j'en ai déterminé une demi once

pour chaque once d'emplâtre; ce qui rend celui ci infiniment plus mercuriel qu'aucun emplâtre maintenant en uſage. Le diachylon doit être fait avec l'huile, & il faut y ajoûter un peu de poix de Bourgogne afin qu'il ſoit ſuffiſamment tenace. J'ai mêlé ordinairement dans chaque once d'emplâtre deux gros d'antimoine crud réduit en poudre très-fine, parceque j'eſtime qu'il contribue beaucoup à la douceur & à la bonne conſiſtence de la bougie, outre qu'il peut auſſi avoir d'autres vertus. Sur ce plan, voici qu'elle eſt la formule :

Prenez du diachylon fait avec la poix de Bourgogne, deux onces; du mercure, une once; de l'antimoine crud & réduit en poudre fine, demi once.

Le mercure, ſoit qu'on le diviſe avec du baume de ſouphre, ou avec du miel, ne doit être mêlé dans l'emplâtre qu'au moment que l'on fait les bougies; & l'emplâtre ne doit pas alors être bouillant, de peur que par la chaleur le mercure ne ſe ſépare du

corps où il eſt diviſé, & ne tombe au fond du vaiſſeau en petites boules. Quand le mercure eſt mêlé avec l'emplâtre médiocrement chaud, on doit avoir des morceaux de linge fin tous prêts à être trempés dans la compoſition. Ces morceaux doivent être de différentes longueurs ; ſavoir, depuis ſix pouces juſqu'à neuf ou dix, & d'environ trois pouces de largeur. On les roulera lâchement ; & prenant un des bouts avec la main gauche, on laiſſera tomber le linge ſur la ſurface de l'emplâtre, & enſuite on le retirera doucement. A meſure qu'on le retirera, il ſe déroulera, & ſe chargera ſur ſa ſurface d'une quantité d'emplâtre de l'épaiſſeur d'une piéce de quatre ſols. Pour faciliter le déroulement du linge, il ſera bon d'aider ſon mouvement avec le bout d'une ſpatule ou de quelque autre inſtrument.

L'emplâtre doit être aſſez chaud pour pénétrer le linge & le colorer, autrement il ne fera pas une auſſi bonne bougie. On trempera pluſieurs morceaux de linge l'un après l'autre dans la même compoſition avant qu'el-

le ſe refroidiſſe trop. Mais pour faire cela plus adroitement, il faut que le vaiſſeau où elle eſt fondue ait un fond large & plat, & qu'on la remue ſans ceſſe, afin qu'elle conſerve une conſiſtence égale.

Lorſque l'emplâtre eſt trop refroidi pour qu'on y puiſſe tremper les morceaux de linge, on peut étendre ce qui en reſte avec une ſpatule chaude. On peut l'étendre fort mince ſur un côté du linge : mais ſur l'autre il faut le mettre de la même épaiſſeur que j'ai marquée ci-devant lorſqu'on trempe le linge ; & cela ſe fera d'une maniere plus exacte & plus égale en étendant l'emplâtre à trois différentes fois, qu'en voulant lui donner tout d'un coup l'épaiſſeur convenable. Peutêtre que ceux qui ſont habiles à étendre, préféreront toujours cette méthode à celle de tremper ; & elle a cet avantage qu'on peut mêler le mercure avec l'emplâtre plus refroidi, & qu'il eſt par conſéquent moins ſujet à ſe ſéparer & à ſe perdre.

Si le linge a trois pouces entiers de large, il fera ſix bougies d'une groſſeur

médiocre. Mais on peut augmenter ou diminuer la grosseur suivant le besoin.

Il est ordinairement à propos que la bougie soit plus mince par le bout qui doit traverser les contractions, que par celui qui reste hors du penis. Pour cet effet plusieurs coupent une partie du morceau de linge quarré oblong que j'ai décrit, & le réduisent presque à la forme d'un long triangle rectangle. Mais comme cela affoiblit extrêmément la bougie, & qu'il n'est du tout point nécessaire qu'elle ait depuis un bout jusqu'à l'autre une figure conique, il est beaucoup mieux de couper seulement un petit morceau en biais, d'environ un pouce & demi de longueur, du bout qui doit être introduit dans l'urèthre ; ce qui amincira la bougie à l'endroit où elle a besoin d'être mince, & lui laissera sa force dans les autres endroits où elle n'a pas besoin d'être amincie.

L'emplâtre dont se chargera le linge qu'on y trempera, aura de petites bulles sur sa face, & ne sera pas aussi uni que s'il avoit été étendu : c'est

pourquoi on peut paſſer par-deſſus, avant que les bougies en ſoient chargées, une ſpatule de fer un peu chaude ; ce qui le rendra plus compact & plus uni. C'eſt une méthode beaucoup plus exacte & plus prompte de couper les bougies avec un couteau & une règle qu'avec des ciſeaux

Lorſqu'on les roule, il faut que le côté qui eſt couvert d'emplâtre ſoit en-dehors ; & il faut d'abord les rouler avec les doigts le plus ſerré que l'on peut, avant que de les rouler ſur une table ou un marbre ; car leur beauté dépend beaucoup de-là. Je crois auſſi qu'elles ſeront plus belles ſi on les roule avec la main que ſi on ſe ſert d'aucun inſtrument. En tenant un peu l'emplâtre devant le feu, ſi c'eſt en hyver, on les roulera avec plus de facilité, à moins qu'on ne les ai trempées lorſqu'il ne falloit pas.

Je ſais combien il doit paroître trivial de propoſer ici, comme je fais, une courte méthode curative par l'uſage d'une ſeule ſorte de bougie, tandis que les hommes les plus expérimentés déclarent qu'il faut différentes

ſortes de bougies pour les différens périodes du traitement. Je n'oſe pas répondre à cela, en diſant que la méthode que je propoſe eſt parfaite : elle peut vraiſemblablement être perfectionnée : mais je puis néanmoins aſſurer que j'ai guéri de cette maniere un grand nombre de maladies de l'urèthre, accompagnées de ſtrangurie, d'incontinence d'urine, de rétention d'urine, & de dangereuſes fiſtules au périnée : & j'eſtime que cela doit ſuffire pour engager à ſuivre cette méthode, juſqu'à ce que quelqu'un plus habile que moi en découvre une meilleure.

Quoique la doctrine que j'ai établie ſoit principalement fondée ſur l'expérience, ce que nous voyons arriver dans le traitement des plaies & des ulcères, montre que l'événement n'a rien d'extraordinaire. Autrefois les Chirurgiens avoient peine à croire qu'on pût guérir parfaitement un ulcère ſans une ſuite régulière d'applications déterſives, digeſtives, incarnatives & cicatriſantes. Préſentement ce grand cérémonial de remédes eſt

fort abrégé, & on sait qu'il est possible de mettre un ulcère sordide en disposition de guérir & même de le cicatriser parfaitement par le même reméde.

Je soupçonne que la prétendue nécessité des différentes classes de bougies est fondée sur cette ancienne opinion, & sur le faux principe, que tout écoulement procuré par les bougies vient des ulcères mêmes; en conséquence de quoi on conclut que tant que l'on continue l'usage de la bougie suppurative, l'ulcère ne se guérit point. Mais j'ai prouvé, si je ne me trompe, qu'une grande partie de l'écoulement ne vient point des ulcères: en sorte qu'ils peuvent être guéris, quoique la bougie continue d'être couverte de quelque matiére. Néanmoins, si nous avions un signe certain pour juger que les ulcères sont en bonne disposition de guérir, & que les obstacles de l'urèthre sont radicalement détruits, je n'aurois rien à dire contre les bougies dessicatives.

Après avoir examiné la nature des maladies de l'urèthre, & les vertus

des remédes qui paroiſſent les plus propres à les guérir, j'expliquerai maintenant la maniere dont il faut employer ces remédes.

Avant que d'introduire dans l'urèthre une bougie d'aucune eſpèce, elle doit être entiérement enduite d'huile douce, non-ſeulement pour faciliter l'introduction, mais encore afin qu'elle ne faſſe pas une impreſſion trop ſoudaine, & que le malade puiſſe en ſupporter l'uſage. Pour l'introduire, il faut que le malade ſoit debout, ou dans la poſture d'un homme que l'on va tailler. Dans l'une & l'autre de ces ſituations, le Chirurgien ſaiſit le penis près du gland, & l'étend doucement afin que l'urèthre ne faſſe pas de plis. Avec cette précaution la bougie ne rencontrera point d'obſtacles que ceux que cauſe la maladie.

On dit communément qu'il faut juger de la groſſeur de la bougie qu'on veut d'abord introduire, par la groſſeur du courant de l'urine du malade. Mais cette règle eſt fort trompeuſe: car il arrive ſouvent que le courant de l'urine eſt auſſi gros qu'une échevette

de fil, tandis que l'obſtruction n'admet pas la pointe de la plus mince bougie. Je crois qu'on peut rendre raiſon de ce phénomene par la rapidité avec laquelle l'urine eſt pouſſée à travers l'endroit reſſerré de l'urèthre, comparée avec la lenteur avec laquelle elle coule enſuite dans le reſte du canal qui eſt libre; car à proportion que le courant groſſit, ſa vélocité diminue.

Il arrive très-ſouvent que dans le commencement on ne ſauroit introduire la plus mince bougie: c'eſt pourquoi le bout doit être rond, afin qu'elle puiſſe gliſſer facilement ſur les plis de l'urèthre; car ſi elle eſt pointue, elle pourra être arrêtée par les plis de ce canal avant que d'arriver à l'obſtruction. Quelquefois les obſtructions mêmes permettent à une groſſe bougie de paſſer au-delà, tandis qu'elles en arrêtent une petite. C'eſt auſſi par ces raiſons qu'on vient quelquefois à bout d'introduire dans la veſſie une groſſe ſonde, tandis qu'une petite ne ſauroit y entrer. Comme ces circonſtances peuvent ſe rencontrer de tems

en tems, elles demandent beaucoup d'attention.

Lorſque la bougie eſt mince, & par conſéquent foible, il eſt un peu difficile à un Chirurgien qui n'eſt pas expérimenté, de bien règler la force avec laquelle il faut la pouſſer. Il eſt fort à ſouhaiter qu'elle pénétre juſque dans l'obſtruction : mais le plus ſouvent, au lieu d'y pénétrer, elle ſe plie, quelquefois en deux ou trois, & quelquefois ſpiralement, en ſorte que quand elle eſt retirée elle reſſemble à un tirebouchon. Ce dernier état de la bougie a fait croire preſque univerſellement que l'urèthre prend une figure tortueuſe lorſqu'elle eſt ainſi affectée. Mais il paroît clairement que c'eſt une erreur ; car ſi telle étoit la figure de l'urèthre, on ne rendroit pas la bougie plus ou moins ſpirale en la pouſſant avec plus ou moins de force ; & une ſubſtance auſſi flexible qu'eſt la bougie ne conſerveroit pas non plus cette figure dans l'extraction, à moins qu'on ne la retirât à rebours, comme on retire un tirebouchon de dedans un bouchon de liége.

De quelque façon que la bougie ſe plie, l'extraction eſt toujours douloureuſe : c'eſt pourquoi il eſt très-important de ne plus la pouſſer dez qu'une fois elle commence à ſe plier ; car déſlors il eſt impoſſible de l'introduire plus avant. Pour éviter cet inconvénient il faut la faire entrer fort doucement; & lorſqu'elle rencontre la moindre réſiſtance, au lieu de la pouſſer tout droit il faut la tourner pluſieurs fois entre l'index & le pouce ; & à meſure qu'on la tourne, la preſſer un peu en avant. Si elle avance par cette maneuvre, on continuera de faire la même choſe juſqu'à ce qu'elle s'arrête. Si elle n'avance pas, on n'ira pas plus loin. Mais, comme j'ai déja dit, c'eſt une maneuvre délicate : car lorſque la bougie ſe plie, elle ſemble avancer, & elle trompe ceux qui n'ont pas un grand uſage de cette opération.

Si on n'arrête pas la bougie dans l'urèthre par quelque ſorte de bandage, il ſera bon d'attacher un fil à l'extrêmité, de peur qu'elle n'entre ſi avant qu'on ne puiſſe plus l'atteindre, & qu'il ne ſoit difficile ou peutêtre im-

poſſible de la retirer ſans faire une inciſion. Si on la tient fixée dans l'urèthre avec un cordon lié à ſon extrêmité & paſſé enſuite autour du penis, il n'eſt pas beſoin d'autre fil.

Quelquefois l'urèthre eſt ſi ſenſible que la premiere introduction eſt fort douloureuſe. Mais ce qui augmente beaucoup la douleur du malade, c'eſt la crainte de l'opération. C'eſt pourquoi il faut traiter doucement les gens timides, & ne laiſſer d'abord la bougie dans l'urèthre que deux ou trois heures par jour. Mais il ne faut en agir ainſi que par rapport à la ſenſibilité de la partie, ou à la crainte des malades : car d'ailleurs on peut au commencement du traitement laiſſer la bougie ſix ou ſept heures chaque jour lorſqu'il ſont en état & en diſpoſition de le ſouffrir.

Il arrive quelquefois que la bougie eſt d'abord fort ſupportable, & qu'enſuite elle cauſe plus de douleur au bout de quelque tems. Cette circonſtance demande une conduite qu'on ne peut apprendre que par l'expérience : car il eſt difficile d'établir de règle pour diſ-

tinguer,

tinguer quel dégré de douleur permet de tenir plus longtems la bougie dans l'urèthre, & quel dégré empêche de l'y tenir. Mais ordinairement le malade jugera lui-même s'il peut ſupporter ou non la bougie ; & on peut la diſcontinuer pendant un, deux ou trois jours, ſelon la nature des ſymptomes.

Dans certains cas, ſi la même bougie qui a déja diſſipé une ſtrangurie & d'autres ſymptomes de la maladie, demeure pluſieurs ſemaines dans le col de la veſſie, elle l'irritera & cauſera une nouvelle ſtrangurie. Il faut alors diſcontinuer pendant uu jour ou deux l'uſage de la bougie, & la ſtrangurie ceſſera. Quelques Chirurgiens ont recommandé dans ces circonſtances une bougie adouciſſante : mais il eſt beaumieux, ſelon moi, de n'en employer d'aucune ſorte.

Si le malade veut ſe ſoumettre à porter une bougie neuf ou dix heures chaque jour, il ſera, ſelon toute apparence, beaucoup plutôt guéri que s'il ne la porte que quatre ou cinq heures. Il y a quantité de ſujets dont la

maladie eſt ſi déſeſpérée qu'elle les rend incapables de vaquer à toute autre affaire qu'à celle de leur guériſon. J'ai traité pluſieurs de ces ſortes de malades, qui ont porté la bougie preſque tout le tems, jour & nuit, ſans interruption, & qui dez qu'ils en retiroient une en introduiſoient une autre. Cette méthode eſt aſſurément très-ſage, ſuppoſé que la bougie par cet uſage conſtant n'irrite pas trop : car plus on procure la ſuppuration, & plus longtems on tient l'urèthre diſtendue, plus il y a ſujet d'eſpérer que la guériſon ſera radicale.

Cependant, comme il y a peu de gens qui veuillent ſe ſoumettre à une ſi exacte diſcipline, & qu'en effet dans pluſieurs cas la nature de la maladie ne le demande pas abſolument, il eſt à propos de porter la bougie plutôt de jour que de nuit, parceque le malade étant au lit ſera ſujet à des érections, & que les érections ſont accompagnées d'une corde beaucoup plus douloureuſe lorſque la bougie eſt dans l'urèthre que lorſqu'elle n'y eſt pas. D'ailleurs la bougie ne ſemble

pas agir ſi doucement lorſque le corps ſpongieux de l'urèthre eſt gonflé, que lorſqu'il ne l'eſt pas.

Mais, comme j'ai déja dit, il y a beaucoup de cas où l'on peut porter la bougie nuit & jour, parceque la difficulté dont j'ai fait mention ne s'y rencontre pas. Deux bougies par jour ſemblent être ſuffiſantes dans la plûpart des maladies, une le matin & l'autre le ſoir. On peut uſer de la premiere ſi matin, & de la ſeconde ſi tard, qu'elle ne nuiſent point aux affaires du malade. Il eſt vrai qu'en peu de tems elles deviennent ſi familiéres & ſi peu incommodes que pluſieurs malades vont partout les ayant dans l'urèthre, & vaquent à leurs occupations journaliéres ſans aucun inconvénient.

Si pendant l'uſage des bougies les teſticules s'enflamment, ou s'il ſurvient quelque autre ſymptome fiévreux, il faudra interrompre l'uſage des bougies juſqu'à ce que ce ſymptome ait ceſſé, ou du moins ne les laiſſer dans l'urèthre qu'une heure ou une demi-heure par jour, afin d'empêcher qu'elle ne ſe reſſerre de nouveau.

Pour prévenir toute diſpoſition aux maladies inflammatoires de l'urèthre & des parties naturelles, il eſt très-néceſſaire que le malade vive ſobrement, & même que pendant qu'on le traitera il uſe d'un régime rafraichiſſant.

Pour ce qui eſt de la longueur du tems néceſſaire pour la guériſon de ces maladies, il y auroit ſouvent de l'imprudence de faire là-deſſus aucun pronoſtic poſitif : car il y a des cas qui paroiſſent abſolument déſeſpérés, & où le malade guérit néanmoins en quelques ſemaines ; comme au contraire il y a des obſtructions qui ſemblent être légéres, & qui ne cédent pas de pluſieurs ſemaines, ou même de pluſieurs mois. Le livre de M. Daran fournit des exemples où la bougie fût employée pour des excroiſſances, des contractions & des ulcères, quelquefois durant trois & quelquefois durant quarre ou cinq mois ; & dans tous ces cas, ou dans la plûpart, les malades guérirent avec la patience. Néanmoins le plus grand nombre des cures ſe fait en ſept, huit, neuf ou dix ſemaines,

Je ne ſache point de meilleure règle pour juger quand le malade eſt guéri, que la ceſſation de tous les ſymptomes de la maladie : car l'écoulement continue d'ordinaire à un certain dégré tant qu'on employe la bougie. C'eſt pourquoi ſi le malade ſe trouve bien & ne ſent point d'obſtruction dans le conduit, il peut après avoir uſé de la bougie quinze jours ou trois ſemaines de plus pour affermir ſa guériſon, la ceſſer par degrés, ne la portant d'abord qu'une heure par jour, enſuite deux ou trois fois la ſemaine, après quoi il peut la laiſſer entiérement.

Si après toutes ces précautions il reſte quelque écoulement, ou qu'une obſtruction menace de revenir, il ſera néceſſaire de reitérer l'uſage de la bougie pendant cinq ou ſix ſemaines. Autrefois les Chirurgiens qui ſuivoient la méthode de diſtendre l'urèthre, avoient coutume de ſe ſervir de très-groſſes bougies vers la fin du traitement. Mais je ne trouve pas cela néceſſaire ; & ces groſſes bougies en diſtendant trop l'urèthre peuvent quel-

quefois devenir pernicieuſes.

Une perpétuelle incontinence d'urine eſt un grand empêchement à la vertu ſuppurative des bougies, parceque l'emplâtre dont elles ſont faites étant ſans ceſſe humecté, ne peut agir que très-lentement. C'eſt pourquoi je penſe qu'il eſt ſouvent à propos de s'ouvrir de force un chemin à travers l'obſtruction : car il arrive quelquefois que l'incontinence d'urine ceſſe au moment que le canal eſt libre, pourveu qu'on introduiſe ſur le champ une bougie dez qu'on aura retiré la ſonde. Mais ſi on n'introduit point de bougie, afin de procurer un flux de matiére & d'entretenir le conduit libre, la maladie revient ordinairement lorſque la ſonde eſt retirée.

Je ſais que quelques Chirurgiens des plus experts ſont contraires à cette méthode de forcer les obſtructions, & j'avoue moi-même qu'elle doit être pratiquée avec beaucoup de précaution, de peur que l'inſtrument ne ſoit pouſſé à travers les tuniques de l'urèthre. Mais quand on la pratique avec les précautions convenables, elle abré-

ge quelquefois extrêmement la cure ; car par ce moyen la bougie traverſera tout d'un coup une obſtruction, qui auroit peutêtre eu beſoin d'un mois ou cinq ſemaines de tems pour être détruite par une ſuppuration auſſi graduelle que celle qui eſt produite par la ſimple pointe de la bougie.

Ce qui m'a fait approuver la méthode d'employer quelque violence pour débarraſſer l'urèthre, ce ſont les avantages ſoudains que j'en ai retirés, lorſque je me ſuis vû contraint dans une dangereuſe rétention d'urine d'entrer de force dans la veſſie pour évacuer l'urine & ſauver ainſi la vie du malade.

Dans les rétentions d'urine il eſt toujours à propos d'introduire la ſonde, ſi l'on peut, & même de la tenir dans la veſſie pendant deux, trois ou quatre jours ; après quoi le canal de l'urèthre admettra peutêtre une bougie ; & alors la ſuppuration étant une fois procurée, il ſera aiſé de le maintenir libre.

Au cas qu'on ne puiſſe introduire la ſonde dans la veſſie, outre la mé-

thode que l'on employe ordinairement dans les rétentions d'urine, je recommande d'introduire une bougie jusqu'à la contraction. Dans quelques heures elle procurera un écoulement de matiére, & par cet écoulement elle pourra relâcher la contraction, ou même le col de la vessie, quelle que puisse être la cause de la rétention. Mais j'avoue que je ne compte pas beaucoup que la suppuration produise un effet aussi promt qu'il seroit nécessaire pour remédier à la maladie.

Voici ce qui arrive communément dans les rétentions d'urine qui ne sont pas mortelles, & lorsqu'on ne sauroit introduire la sonde. Après que la vessie est distendue jusqu'à un certain point, elle résiste à une plus grande distension avec une force supérieure à celle qui cause la contraction de l'urèthre ou du col de la vessie; en conséquence de quoi l'urine est chassée involontairement & par goutes, en sorte que le premier symptome de guérison est une incontinence d'urine. Lorsque le canal est une fois ouvert, elle continue à couler plus fort qu'elle

le ne coule des reins dans la veſſie ; & de cette façon la veſſie en ſe contractant réprend ſon reſſort ; & l'inflammation de la contraction de l'urèthre ou de la contraction du col de la veſſie venant à diminuer, le malade revient dans l'état où il étoit avant l'attaque. Comme donc cela arrive ſans qu'on ait employé de bougie, & auſſi lorſqu'on l'a employée, je crois pouvoir conclure de-là, qu'on ne doit pas faire beaucoup de fond ſur l'uſage de la bougie dans les rétentions d'urine.

Les duretés & les fiſtules au périnée font des ſuites aſſez ordinaires des obſtructions de l'urèthre & du col de la veſſie. Quelquefois il y a pluſieurs fiſtules : & quoiqu'elles tirent leur nom de ce qu'on les ſuppoſe ſituées dans le périnée, quelques-unes cependant peuvent auſſi l'être dans le ſcrotum, d'autres près ds l'anus, & d'autres même dans l'aîne.

Lorſqu'il y a cinq ou ſix différentes fiſtules qui donnent iſſue à l'urine, on prétend qu'on a découvert par les diſſections que toutes ces fiſtules vien-

nent d'une seule ouverture (1) qui est dans l'urèthre, & ordinairement de la partie de l'urèthre qu'on appelle la partie membraneuse. Mais quoique cela puisse être vrai lorsque les fistules ont été formées par une rupture de l'urèthre dans une retention d'urine (circonstance qui n'est pas fort rare); néanmoins lorsque les duretés qui doivent leur origine à des obstructions de l'urèthre ont suppuré & se sont ouvertes, je suis fort trompé si quelques-uns de ces abcès ne se déchargent pas en différens endroits du canal.

Quelques-unes de ces tumeurs sont extraordinairement dures, particuliérement lorsque les corps caverneux en sont attaqués. J'ai une fois été obligé de couper une partie d'une semblable tumeur qui ne cédoit pas à l'action de la bougie comme les autres duretés avoient fait, & je la trouvai d'une consistence cartilagineuse.

Outre ces duretés particuliéres, toute la membrane cellulaire du scrotum & du penis est quelquefois durcie, de-

(1) *Le Dran*, page 354.

vient d'une grosseur monstrueuse, & occasionne un phimosis ou un paraphimosis : &, ce qui est fort singulier, ces terribles accidens doivent souvent leur origine à de légéres obstructions de l'urèthre. Aussi la destruction de ces légéres obstructions est-elle toujours un moyen de guérison. Ces obstructions sont quelquefois comme de petites excroissances, d'autres fois comme un retrécissement du conduit en conséquence du gonflement du corps spongieux de l'urèthre, & souvent comme des contractions en différens endroits du canal.

Mais quoique j'ai parlé de certains cas où les obstructions sont légéres, néanmoins elles sont ordinairement fort opiniâtres, & demandent beaucoup de tems & de soin pour qu'on puisse en venir à bout. J'ai vû un cas où l'urèthre étoit entiérement bouchée, en sorte que durant quelques années il ne sortit point d'urine par le bout du penis : & néanmoins par la persévérance je vins à bout de dégager le conduit.

Un homme qui n'est pas instruit de

ces ſortes de cas, ſera ſurpris de voir des tumeurs monſtrueuſes ſe réſoudre, & des fiſtules ſordides venir à ſuppuration & guérir, par le ſimple débouchement de l'urèthre, & par un traitement convenable des obſtructions. Il y a cependant des fiſtules qui demandent autre choſe que l'uſage de la bougie.

Quelquefois les duretés ſont trop diſpoſées à la ſuppuration pour ſe réſoudre, & ainſi elles ſuppurent plus tôt ou plus tard. Lorſque le pus eſt entiérement formé, il eſt plus prudent de les ouvrir, ſoit par une inciſion, ſoit par un cauſtique, que de les laiſſer s'ouvrir d'elles-mêmes. Quelquefois les fiſtules ſont ſi grandes qu'elles demandent un panſement; & alors des morceaux de bougie proportionnés à la largeur & à la profondeur de la fiſtule ſont ſouvent la plus convenable application. Quelquefois les bords & la peau voiſine de la fiſtule ſont ſi calleux qu'il eſt néceſſaire de les extirper.

Mais dans tous les cas où l'inciſion aroît néceſſaire, je crois qu'il eſt à

propos de s'ouvrir d'abord une route dans la vessie & d'attendre l'issue de cette maneuvre avant que de faire aucune opération ; parceque, comme j'ai déja dit, les effets que produit le débouchement du conduit sont quelquefois très-surprenans, & qu'ils épargneront souvent l'incision.

Je n'ai pas eu occasion de tenter la cure des fistules au périnée qui sont restées après l'opération de la taille : mais M. Daran dit qu'on peut les guérir par la même méthode que les autres fistules. Et soit que les fistules demeurent ouvertes par une simple contraction du conduit, ou que la contraction soit accompagnée de bords calleux ou de quelque excroissance fongueuse, la bougie paroît propre à détruire toutes ces causes

Je remarquerai ici en passant, que les Chirurgiens en traitant les plaies qui suivent l'opération de la taille, n'ont pas assez fait attention qu'elles sont à un certain point la suite d'une contraction de l'urèthre ; autrement ils auroient, en cas de danger, tenu durant quelques jours la sonde dans la

veſſie de leurs malades, afin de dilater le conduit & de donner une iſſue à l'urine. Par ce moyen ils auroient auſſi empêché qu'elle ne coulât continuellement par la plaie; circonſtance qui contribue beaucoup à confirmer la fiſtule.

Il paroîtra peutêtre étonnant que toutes ces redoutables maladies, qui viennent évidemment d'une cauſe vénérienne, ne demandent pas abſolument des remédes antivénériens pour rendre la cure complette : mais l'expérience montre qu'ils ſont rarement néceſſaires. Il en eſt préciſément de ces maladies comme des poireaux qui viennent ſur le prépuce après une gonorrhée, & qui ſe guériſſent par des applications extérieures, ſans le ſecours de la ſalivation. C'eſt-là le cas de la plûpart des maladies de l'urèthre, & de pluſieurs duretés & fiſtules au périnée; quoique ces dernieres guériſſent plus ſouvent par les remédes antivénériens que lorſque le mal eſt borné à l'urèthre ſeule.

Il ſe peut très-bien néanmoins que ces maladies ſoient compliquées avec

d'autres ſymptomes véroliques, & alors il ſera évidemment néceſſaire d'employer le grand remède. Mais avant cela il faut déboucher le conduit; quoique, ſi les ſymptomes ſont preſſans, on peut ſe diſpenſer de cette régle.

M. Daran dit qu'il y a auſſi quelquefois dans les obſtructions un virus caché, & qu'alors la ſalivation eſt néceſſaire; & il juge de l'exiſtence du virus par l'opiniâtreté des obſtructions. C'eſt pourquoi, ſi elles ne cédent pas au bout d'un certain tems à l'action de ſa bougie, il attribue cela à cette cauſe, & il a recours aux remédes anti-vénériens, qui, à ce qu'il aſſure, manquent rarement de réuſſir.



CHAPITRE V.

De la Taille.

LA grande violence que l'on fait à l'urèthre & au col de la vessie dans la taille au grand appareil, ayant eu souvent de dangereuses suites, que l'on auroit vraisemblablement pû éviter si on avoit ouvert la vessie dans un autre endroit ; plusieurs hommes industrieux se sont fortement appliqués depuis le commencement de ce siécle à découvrir une méthode de tailler qui n'endommageât ni l'urèthre, ni le col de la vessie.

Une de celles que l'on a inventées, c'est de faire une incision à la vessie au-dessus de l'os pubis : ce qu'on nomme à cause de cela le haut appareil. Les premiers essais que l'on fit de cette méthode, donnerent les plus grandes espérances qu'elle deviendroit un moyen de guérison sûr & facile : mais les expériences suivantes en montrerent le défaut, & quelques-unes des

difficultés qui ſe rencontrerent dans l'exécution parurent ſi effrayantes qu'on l'abandonna tout-à-coup ; & maintenant il n'y a aucun Chirurgien en Europe qui continue de la pratiquer.

Les objections contre cette méthode ſe trouvent en différens livres ; c'eſt pourquoi je ne les repéterai pas toutes. Mais on peut obſerver qu'on les employe avec trop peu de diſtinction ; parcequ'il y a certains cas où quelques-unes des plus importantes n'ont ſûrement pas lieu. Et quoiqu'elles aient abſolument décrédité dans le ſiécle préſent cette maniere de tailler, je ne ſerois pas néanmoins ſurpris qu'à l'avenir dans des occaſions particuliéres on la fît revivre & qu'on la pratiquât.

La circonſtance la plus effrayante dans cette opération, c'eſt que la veſſie peut ſe trouver contractée, & qu'ainſi n'admettant pas beaucoup d'injection, & continuant par conſéquent de demeurer cachée au-deſſous de l'os pubis, elle peut tromper l'opérateur, qui alors ouvre le péritoine au

lieu de la vessie ; en conséquence de quoi les intestins sortent, & le malade meurt ordinairement. Cet accident seul suffiroit pour condamner l'opération, si toutes les personnes que l'on taille y étoient également exposées. Mais dans beaucoup d'hommes on reconnoît en les sondant que leur vessie est fort grande, en sorte que dans ces cas là on ne risque pas d'essuyer un tel malheur; & ainsi l'objection n'est d'aucun poids quand on est assuré que la vessie s'étend à une hauteur considérable au-dessus de l'os pubis, & peut admettre une grande quantité d'injection.

Une autre inconvénient que l'on attribue à l'opération du haut appareil, c'est la difficulté de saisir la pierre quand elle est petite, & l'impossibilité de la tirer toute lorsqu'elle vient à se briser en plusieurs morceaux. Mais quoiqu'on ne puisse pas toujours déterminer par la sonde ou par d'autres circonstances quel est précisément le volume de la pierre, il y a cependant beaucoup de cas où il est très-rare qu'on se trompe quand on juge

qu'elle est grosse. Et quant à l'accident de briser la pierre dans l'extraction, il est vrai qu'il peut arriver : mais on y est si rarement sujet dans cette méthode en comparaison des autres, qu'au contraire le peu de danger que l'on court de briser la pierre dans l'extraction, est regardé comme un des plus grands avantages de l'opération du haut appareil.

Une autre objection contre cette maniere de tailler, ce sont les excoriations que l'urine en se répendant cause sur la peau voisine de la plaie. Mais on peut, à mon avis, remédier beaucoup à cet inconvénient par des embrocations, des onguens, ou des emplâtres, qui tous seront de bons défensifs contre l'acreté de l'urine, si on les emploie avant que les excoriations surviennent.

Un des plus grands accidens qui suivent cette opération, ce sont les abscès & les gangrênes de la membrane cellulaire. On les attribue à l'urine qui s'insinue dans les cellules de cette membrane en conséquence de la situation du malade, qui est cou-

ché ſur le dos, ce qui empêche que l'urine ne ſorte librement de la veſſie. Mais quoique ces accidens me paroiſſent venir principalement de la contuſion que ſouffre la plaie dans l'extraction de la pierre; néanmoins, comme ils peuvent être augmentés par l'urine qui s'inſinue dans les cellules de la membrane cellulaire, on peut les prévenir efficacement en introduiſant une canule, ainſi qu'il ſe pratique dans la ponction au-deſſus de l'os pubis pour les retentions d'urine.

En conſéquence de ces réflexions il me paroît, que quoique les objections générales contre la taille au haut appareil ſoient très-fortes, il y a cependant des cas particuliers où quelques-unes des principales objections ne ſauroient avoir lieu : & il eſt fort probable, que ſi la veſſie étoit toujours grande & la pierre groſſe, cette méthode ſeroit préférable à toutes les autres, parcequ'elle ne peut jamais être ſuivie ni d'une fiſtule, ni d'une incontinence d'urine; deux accidens qu'aucune habileté ne ſauroit empêcher lorſque le col de la veſſie eſt bleſſé dans l'opération.

Après qu'on eut rejetté en Angleterre la taille au haut appareil, on s'attacha à la taille latérale, ſur le même principe d'ouvrir la veſſie ſans bleſſer le col. Albinus, qui nous a donné un détail de la méthode de Rau, ſelon qu'on croyoit qu'il avoit perfectionné celle du Frere Jacques, dit qu'il ouvroit la veſſie entre le col & l'urèthre. Mais tout le monde paroît aujourdui convaincu, ou qu'Albinus s'eſt trompé dans ſa déſcription, ou que Rau lui-même s'eſt mépris au ſujet des parties qu'il croyoit ne pas bleſſer; puiſqu'il eſt preſque impoſſible de faire en cet endroit une inciſion à la veſſie ſur une ſonde ordinaire ſans bleſſer le col de la veſſie (1).

Mais quoique ce qu'avance Albinus ne ſe ſoit pas trouvé vrai lorſqu'on en a fait avec ſoin l'expérience, tant ſur les ſujets vivans que ſur les cadavres; néanmoins l'idée que cela à fait naître, qu'une inciſion en cet endroit de la veſſie pourroit être avantageuſe, a produit une autre méthode de tail-

(1) Mémoires de l'Académie de Chirurgie, page 663. Le Dran, parallele, &c.

ler, inventée par M. Foubert, habile & induſtrieux Chirurgien de Paris, qui dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie en a donné une déſcription, dont voici l'abregé.

Le malade étant préparé comme dans les autres méthodes, M. Foubert lui ordonne de retenir ſon urine pendant quelques heures avant l'opération, quelque envie qu'il ait d'uriner. Son deſſein en cela eſt de diſtendre la veſſie plus efficacement qu'on ne pourroit peutêtre faire par une injection, laquelle étant pouſſée avec plus de force que la veſſie n'en éprouve en recevant l'urine qui y vient des reins, rend fort douloureuſe la moindre diſtenſion.

Lorſque le malade ne peut plus retenir ſon urine, on ſerre le penis avec un petit bandage à comprimer, afin d'empêcher qu'elle ne ſorte de la veſſie. Enſuite le malade étant placé à la maniere ordinaire pour la taille, un aide Chirurgien comprime l'abdomen avec une compreſſe un peu au-deſſous du nombril, de telle maniere que pouſſant la veſſie en devant il en faſſe pro-

tuberer la partie qui eſt entre le col & l'urèthre. En même tems l'opérateur introduit l'index de la main gauche dans le rectum, & le tirant en bas vers la feſſe droite il enfonce un troicar au côté gauche du périnée près de la grande tuberoſité de l'iſchion, & environ un pouce au-deſſus de l'anus. Il conduit enſuite le troicar parallelement au rectum, préciſément entre le muſcle érecteur du penis & l'accélerateur de l'urine, de façon qu'il puiſſe entrer dans la veſſie à côté du col. Dez que la veſſie eſt ouverte, il retire ſon doigt de l'anus.

Le troicar eſt plus long qu'un troicar ordinaire, & il a une eſpèce de manche qui fait diſtinguer une partie ſupérieure & une partie inférieure. Sur la partie ſupérieure de la canule eſt une crénelure qui eſt continuée preſque juſqu'au bout. Par le moyen de cette crénelure il ſort de l'urine lorſque le troicar pénétre dans la veſſie, du moins ſi on retire un peu le poinçon; ce qui ſert à montrer à l'opérateur qu'il ne doit pas le pouſſer plus avant. Mais le principal uſage de

la crénelure eſt de diriger l'inciſion après qu'on a retiré le poinçon. Cette inciſion doit être conduite entre les muſcles ci-devant mentionnés, à travers la peau, la membrane adipeuſe, le muſcle tranſverſal du penis, le releveur de l'anus, & une petite portion du ligament qui de la ſymphyſe de l'os pubis va au col de la veſſie, & enfin à travers le corps de la veſſie, près d'un demi pouce du col, & à la même diſtance & au-deſſus de l'inſertion de l'uretère.

La longueur de l'inciſion à travers la peau doit être de plus de quinze lignes, commençant à deux lignes de la partie interne de la grande tuberoſité de l'iſchion, & allant obliquement en haut juſqu'à la même diſtance de la partie interne du raphé. La longueur de l'inciſion de la veſſie doit être d'un peu plus d'un pouce.

Pour mieux faire l'inciſion, M. Foubert a inventé un biſtouri dont la lame eſt arrêtée dans le manche dans une telle direction qu'il reſſemble à un biſtouri courbe un peu fermé. Par ce moyen il coupe avec beaucoup

plu

plus de facilité que ſi le manche étoit en droite ligne avec la lame. Mais pour bien concevoir cette opération il faut voir les inſtrumens mêmes, ou leurs figures qu'il a jointes à la déſcription de ſa méthode.

Lorſque l'inciſion de la veſſie eſt faite, il introduit le gorgeret ſur la crénelure de la canule ; après quoi l'opération s'acheve comme dans les autres méthodes, ſinon que ſon gorgeret eſt fait différemment de ceux qui ſont le plus en uſage.

Voilà à peu près le détail de la méthode de tailler de M. Foubert. Mais quoiqu'il l'ait pratiquée durant pluſieurs années avec beaucoup d'adreſſe, ſi j'en peus juger par l'opération que je lui ai vû moi-même exécuter ; & qu'il l'ait pratiquée avec ſuccès, comme il le déclare ; il n'a pas cependant encore eu le bonheur de perſuader à aucun de ſes compatriotes de l'adopter ; & cela, à mon avis, par les raiſons ſuivantes.

Il y a beaucoup de veſſies, qui par l'irritation continuelle que leur cauſe la pierre ont été ſi accoutumées à ſe

décharger de l'urine aussi promptement qu'elle coule des reins, qu'elles deviennent fort petites, & en même tems sont incapables d'une suffisante distension, soit par injection, soit par une accumulation successive de l'urine que fournissent les reins. Ainsi il arrivera quelquefois que le troicar, faute d'être assez bien dirigé, passera entre la vessie & le rectum; & que d'autrefois, comme il est fort long, il traversera la vessie & entrera dans le bassin.

M. Foubert n'ignore pas que cet accident est possible, & il convient même qu'il lui est arrivé. Il dit qu'il abandonna la méthode d'injecter la vessie, parceque quelquefois elle n'est pas susceptible d'une dilatation soudaine; & que depuis ce tems là il a toujours laissé la vessie se remplir d'urine avant que de faire l'opération. Pour mettre la vessie en état d'en contenir suffisamment lorsqu'il la trouve resserrée, il ordonne à son malade de boire quelques jours auparavant beaucoup de tisane, ou de quelque autre liqueur innocente; & il dit que par

ce moyen le malade acquerera l'habitude de retenir un verre ou deux d'urine dans ſa veſſie, ce qui ſuffit pour diriger le troicar. Il aſſure qu'il ne ſauroit ſe tromper dans cette circonſtance, parcequ'avec ſon doigt index introduit dans le rectum il peut diſtinguer la fluctuation de l'urine, s'il y en a dans la veſſie. Mais, quoique M. Foubert exténue cette difficulté, je crois que quand la veſſie eſt petite, & la pierre fort groſſe, ce qui ſe rencontre quelquefois, il paroîtra impoſſible d'ouvrir comme il faut la veſſie avec un troicar.

Je trouve qu'on a déja examiné cette objection : car un certain auteur a propoſé comme un moyen de perfectionner l'opération, de faire d'abord une inciſion extérieurement à travers la peau & la membrane adipeuſe, entre le muſcle érecteur du penis & l'accélerateur de l'urine, parcequ'alors on ſentira évidemment la fluctuation & qu'on ſera plus ſûr de percer la veſſie. M. Foubert rejette néanmoins cette propoſition; mais, à mon avis, ſans des raiſons ſuffiſan-

tes : car de cette maniere on peut étendre l'incision externe jusqu'au dessous de l'anus ; & comme elle coupera par ce moyen la plus grande partie du muscle transversal du penis, elle facilitera extrêmément l'extraction de la pierre, & préviendra la contusion qui suit nécessairement les petites incisions.

M. Foubert parle lui-même de cette contusion, & de la résistance du muscle réleveur de l'anus & du transversal du penis, comme de grands obstacles à l'extraction de la pierre ; & à cause de cela il recommande de faire l'incision de ces muscles sur la pierre même tandis qu'elle est dans les tenettes, comme une derniere perfection de sa nouvelle façon de tailler. Mais tant que son incision externe n'ira pas plus bas qu'environ un pouce au-dessus de l'anus, ce qui arrivera toujours tandis qu'il se servira d'un troicar, les parties seront nécessairement contuses dans l'extraction des grosses pierres, nonobstant le moyen qu'il conseille en ce cas-là.

L'incision exacte de la vessie paroît

être auſſi une autre difficulté de l'opération : car l'urine qui eſt dans la veſſie s'évacuant auſſitôt par le troicar, la veſſie s'affaiſſera d'elle-même, & ne laiſſera point de protuberance pour couper deſſus ; & dans ce cas-là il peut arriver ou que le lithotome n'ouvre du tout point la veſſie, ou qu'il l'ouvre en plus d'un endroit. M. Foubert recommande comme un moyen d'achever cette inciſion, de baiſſer le bout de la canule crénelée en même tems qu'on élevera la pointe du lithotome, afin qu'en maintenant plus ferme cette partie de la veſſie on puiſſe la couper avec plus de facilité. Mais je doute que l'exécution convenable de cette maneuvre ne paroiſſe trop délicate pour le plus grand nombre des opérateurs.

Un autre grand inconvénient qui accompagne l'inciſion de la veſſie en cet endroit, c'eſt le défaut d'une libre iſſue pour l'urine, laquelle en conſéquence s'inſinuant dans la membrane cellulaire produit des abſcès ou des gangrênes, qui ſouvent ſont périr le malade, ou du moins par leur ſituation

ſur le rectum y produiſent une eſcarre, & ainſi forment une communication entre la veſſie & cet inteſtin.

Pour prévenir ce malheur, M. Foubert propoſe l'uſage d'une canule. Mais quoique dans un cas tel que celui d'une hemorragie des proſtates on puiſſe conſeiller l'uſage d'une canule pour comprimer l'artère; néanmoins je crois en général que c'eſt une pratique pernicieuſe de comprimer avec la force avec laquelle une canule agit néceſſairement contre les lévres d'une plaie auſſi ſenſible, & où l'inflammation à une diſpoſition ſi remarquable à dégénerer en gangrêne.

Je ferois injuſtice au mérite de M. Cheſelden, ſi je manquois de remarquer ici, que dans le premier eſſai qu'il fit de la méthode latérale, ſon deſſein fût de perfectionner la méthode de Rau en injectant la veſſie avec un algali crénelé avant que de faire l'inciſion, & en coupant les mêmes parties qu Albinus dit que Rau coupoit, & que M. Foubert recommande de couper. Ainſi la méthode de M. Foubert ne différe réellement de celle

de M. Cheselden que par les instrumens qui y sont employés ; & je dirai sans préjugé que c'est en cela qu'elle est le plus défectueuse : car de la maniere que M. Cheselden tailloit, l'incision externe étoit grande & avoit les avantages dont j'ai parlé ; la protuberance de la vessie étoit sensible, en sorte que M. Cheselden l'ouvroit immanquablement : & comme il y avoit déja dans la vessie un long algali crénelé, il aggrandissoit plus sûrement l'incision. Cependant, malgré toutes ces circonstances avantageuses, il fût obligé d'abandonner cette maniere de tailler, à cause du dommage que causoit l'urine en s'insinuant dans la membrane cellulaire, &c.

On peut conclure de ce que j'ai dit sur la taille, que quoique cette opération puisse avoir été perfectionnée depuis le commencement du siécle présent, néanmoins aucune des méthodes n'est exempte de quelques imperfections particulieres. Je ne ferai pas ici un parallele entre l'ancienne méthode & la méthode latérale : mais il me paroît que les partisans de l'an

cienne méthode conviennent au moins tacitement des avantages ſupérieurs de la méthode latérale, puiſqu'ils ont recommandé en dernier lieu que l'inciſion de l'urèthre qui ſe fait dans l'ancienne méthode, fût continuée entiérement à travers le col de la veſſie (1), afin de couper des parties qu'ils reconnoiſſent devoir ſans cela être néceſſairement déchirées dans l'extraction de la pierre.

Mais j'obſerverai touchant cette inciſion continuée que les François appellent le coup de maître, que quoiqu'elle ſoit manifeſtement préférable au déchirement de l'urèthre & du col de la veſſie, elle n'eſt pas cependant auſſi avantageuſe que l'inciſion qui ſe fait dans la méthode latérale ; & cela parcequ'elle eſt plus près de l'os pubis, & qu'ainſi on eſt obligé en tirant la pierre de la tirer obliquement en bas, ce qui tend néceſſairement à ſéparer la veſſie d'avec le ligament qui l'attache avec l'os pubis : & quand cela arrive, les ſuites ſuivant toute apparen-

(1) Le Dran, page 309. Mémoire de l'Académie de Chirurgie, page 422.

ce, en ſont dangereuſes. D'ailleurs l'inciſion externe, nonobſtant qu'elle ſoit ainſi dilatée, eſt toujours petite en comparaiſon de celle qui ſe fait par la méthode latérale, en ſorte qu'elle eſt beaucoup plus ſujette à être contuſe par l'extraction de la pierre. De plus, en coupant de cette maniere le col de la veſſie, le rectum eſt beaucoup plus expoſé à être bleſſé, parceque l'inciſion étant continuée depuis l'urèthre doit néceſſairement aller juſqu'à la partie du col de la veſſie qui eſt ſituée ſur le rectum & qui lui eſt contigue.

Mais une objection plus importante qu'aucune autre contre l'inciſion ainſi continuée, c'eſt que la plaie de l'urèthre ne facilite pas le moins du monde l'extraction de la pierre, puiſque l'inciſion du col de la veſſie procure ſeule tout l'avantage qu'on peut attendre de cette maneuvre, & que néanmoins lorſqu'on tire la pierre & les tenettes par cette portion du périnée, on fait beaucoup de violence à ces parties ſans aucune néceſſité. En effet maintenant que nous connoiſſons une

route pour entrer tout droit dans la vessie, il paroît presque aussi inutile de faire l'incision dans l'urèthre, qui est l'endroit où elle se pratique dans le grand appareil, qu'il le seroit de la commencer au milieu du penis, quoique l'absurdité fût plus frappante; & c'est pourquoi je me suis servi de cette comparaison afin de mieux éclaircir ce que j'avance.

Je ne saurois terminer l'examen du sujet présent sans marquer quelques points forts essentiels en quoi les Chirurgiens Anglois différent des François par rapport à l'opération de la taille. Je sais que les Chirurgiens François regardent quelques-uns de ces points en quoi ils différent de nous, comme autant de perfectionnemens de l'art : mais je pense qu'on n'en jugera pas de même lorsque j'aurai proposé mes objections contre.

En Angleterre un aide tient toujours la sonde après que l'opérateur l'a fixée. Par ce moyen l'opérateur a sa main gauche libre, en sorte qu'il peut non-seulement être plus assuré d'avoir incisé l'urèthre ou le col de la vessie,

en tâtant avec le doigt index la crénelure à nud, mais qu'il peut encore, étant dirigé par ſon doigt, introduire le bec du gorgeret dans la crénelure, ſans le moindre riſque de le faire gliſſer d'un côté. Outre ces avantages, la plûpart des opérateurs, ſi je ne me trompe, font l'inciſion externe avec plus d'aſſurance lorſqu'ils ont les doigts de la main gauche appuyés ſur le périnée.

Les opérateurs François, dans la crainte que l'aide-Chirurgien ne déplace la ſonde, ſe privent eux-mêmes de ces avantages en la tenant avec leur main gauche, & en conſéquence rendent l'opération plus embarraſſante : car comme leur main gauche n'abandonne point la ſonde juſqu'à ce que le gorgeret ſoit dans la veſſie, ils ſont obligés, après que l'inciſion eſt faite dans le col de la veſſie, de donner le lithotome à un aide, qui le tient ferme pendant que l'opérateur gliſſe le bec du gorgeret dans la plaie pardeſſus la ſurface de la lame. J'ai vû derniérement en France pluſieurs opérations faites de cette maniere, auſſi

adroitement que le permet la nature de la méthode. Néanmoins ce que j'ai vû m'a si peu persuadé de la bonté de cette pratique, que quand il y auroit lieu de craindre que l'aide, par ignorance, ne remuât la sonde, je pense qu'il vaudroit encore mieux en courir le risque. Mais la vérité est que dans les grandes villes il y a ordinairement des aides aussi habiles que l'opérateur même, & par conséquent aussi capables de tenir la sonde : quoiqu'au fond presque tout Chirurgien est égal en cela, puisqu'il ne faut d'autre talent que de maintenir la sonde dans la situation où l'opérateur la met, jusqu'à ce que le bec du gorgeret soit entré dans la crénelure ; car alors l'opérateur prend la sonde avec sa main gauche afin de la mouvoir de maniere à faciliter l'introduction du gorgeret.

Une autre différence dans la maniere d'opérer, c'est la posture de l'opérateur pendant qu'il fait l'incision. En Angleterre nous sommes assis sur une chaise d'une hauteur proportionnée à la table sur laquelle est

placé le malade, & dans cette situation nous sommes fermes, aucune partie de notre corps ne faisant effort. En France les plus grands opérateurs mettent un genou à terre, posture qui semble n'être pas ferme, & être même gênante, & qui ne me paroit avoir aucun avantage sur la posture où l'on est assis.

Une autre circonstance en quoi les François différent de nous, c'est la situation de malades. En Angleterre notre coutume est de les placer presque horizontalement, tenant seulement leurs têtes en peu élevées sur un oreiller. En France ils sont élevés si haut, que leur corps fait un angle d'environ quarante-cinq dégrés. Je ne sache pas avoir entendu donner aucune raison de cette grande élévation: mais peutêtre qu'on a dessein en cela de faciliter la chûte de la pierre vers le col de la vessie.

Je ne dirai pas que l'élevation du corps ne sert jamais de rien pour cela; quoique je pense que la difficulté de tirer la pierre vient rarement de son éloignement du col de la vessie,

& que quand la veſſie eſt grande, & que la pierre eſt ſituée vers ſon fond, on remédie toujours à cet inconvénient par de longues tenettes. Mais lorſque la pierre eſt ſituée à la partie antérieure de la veſſie, & dans un des ſinus de cette partie, & qu'elle s'avance en devant au-delà des proſtates, il eſt ſouvent difficile de la ſaiſir: & ſi on admet qu'une pierre peut aiſément rouler dans la veſſie, il pourra arriver que l'élévation du corps la fera ſouvent tomber dans un de ces ſinus.

Mais la grande objection contre cette élévation du corps, c'eſt le poids des inteſtins qui preſſent alors la veſſie, & qui étant pouſſés en-devant par les cris du malade peuvent pouſſer à leur tour les tuniques de la veſſie entre les ſerres des tenettes : & ſi on ſaiſiſſoit ces tuniques avec la pierre, les ſuites en ſeroient funeſtes, ou du moins dangereuſes. Je crois au reſte que cet accident eſt très-poſſible, parceque la veſſie ne ſauroit ſe reſſerrer auſſi promtement que l'urine en ſort par la plaie, & qu'ainſi elle devient auſſitôt flaſque.

Une autre différence importante, eſt la ſtructure de la ſonde ſur laquelle on taille, qui chez les François a une arête à l'extrêmité de la crénelure, au lieu que chez nous elle eſt ouverte tout le long. L'uſage qu'on attribue à cette arête eſt d'avertir l'opérateur quand le gorgeret eſt dans la veſſie, & d'empêcher qu'il ne le pouſſe trop avant. Mais cet avertiſſement eſt certainement inutile, parceque la ſortie de l'urine fait aſſez connoître que le gorgeret eſt dans la veſſie, & que la réſiſtance de la plaie empêche qu'il n'aille trop avant.

D'un autre côté l'arête peut quelquefois être fort incommode, ſurtout à un opérateur qui n'eſt pas expérimenté : car le bec du gorgeret peut empêcher de retirer la ſonde ſi l'urèthre eſt fort étroite, ou du moins en rendre le retirement très-difficile. Et ſi l'opérateur retiroit le gorgeret entiérement hors du col de la veſſie afin de faciliter le retirement de la ſonde, il pourroit enſuite manquer la direction de la plaie, & pouſſer le gorgeret entre la veſſie & le rectum. Par ces

raiſons il me paroît qu'une crénelure ſans arête eſt de beaucoup préférable à celle qui a une arête à ſon extrêmité.

La forme des tenettes eſt auſſi un article de grande importance ; car le ſuccès de l'opération dépend ſouvent de la perfection de cet inſtrument. Si les ſerres des tenettes ſont fort courtes, elles ne maîtriſeront pas auſſi aiſément une groſſe pierre que ſi elles étoient plus longues : car n'embraſſant pas une étendue ſuffiſante de la pierre, celle-ci pourra facilement gliſſer & leur échaper, à moins que pour prévenir cet accident on ne la ſaiſiſſe avec une force qui ſuivant toute apparence la briſera.

Il eſt vrai que ſi les dents des tenettes ſont fort longues, elles empêcheront que la pierre ne leur échape : mais les dents longues ſont encore plus mauvaiſes dans les tenettes que les ſerres courtes ; car comme il y a beaucoup de pierres qui ſont extrêmement molles, les dents en entrant dans leur ſubſtance les briſeront ſouvent, ce qui eſt un accident dont les

ſuites ſont ſi fâcheuſes qu'on ne ſauroit prendre trop de ſoin pour l'éviter.

Il eſt encore avantageux, pour ſaiſir une pierre qui eſt au fond de la veſſie, que les branches des tenettes ſoient longues, de même que les ſerres. Mais quiconque jettera les yeux ſur les figures des tenettes qui ſont maintenant en uſage dans la plûpart de l'Europe, trouvera que la critique que je viens de faire eſt bien fondée.

M. le Dran a ajoûté en dernier lieu à ſes tenettes un ingénieux mécaniſme, qui, ſelon moi, empêche à un certain point que la pierre ne ſe briſe dans l'extraction. C'eſt une petite branche de fer, dont l'extrêmité eſt courbée à angles droits, à peu près comme un crochet. Cette petite branche pend à une entablure qui eſt ſur une des branches; & ſur l'autre branche eſt un rang de trous contigus l'un à l'autre pour recevoir le crochet. Lorſqu'on a ſaiſi fortement la pierre, l'opérateur met le crochet dans le trou qui répond à la largeur des tenettes. Par ce moyen la pierre ne ſauroit être ſerrée davantage, parceque

la petite branche de fer empêche qu'on ne puiſſe fermer davantage les tenettes, & p ar conſéquent ſerrer davantage la pierre.

La forme du biſtouri ou lithotome la plus convenable pour l'opération de la taille a beaucoup occupé l'attention des Chirurgiens; & il eſt ſurprenant de combien de ſortes on en a inventé, & de combien de ſortes les Chirurgiens étrangers en employent encore aujourdui. Cependant les qualités d'un bon lithotome paroiſſent fort évidentes. La lame doit être convexe vers l'extrêmité; autrement l'opérateur, au lieu de couper avec une grande partie du tranchant, ne couperoit qu'avec la pointe. Le manche ne doit être ni gros ni péſant, afin qu'on ſente plus aiſément la réſiſtance que trouvera le lithotome. Le dos de la lame ne doit pas être fort mince, afin qu'elle puiſſe avoir une péſanteur ſuffiſante & un bon tranchant. Enfin le dos doit être mouſſe, afin d'empêcher qu'on ne bleſſe le rectum lorſqu'on coupe le col de la veſſie de bas en haut.

Les lithotomes droits, & les lithotomes à deux tranchans, ne paroiſſent donc pas convenables; quoique ces derniers ſoient les plus en uſage dans les pays étrangers. Il ſemble néanmoins qu'ils ſont les plus propres à la façon dont on y taille, parceque dans ces pays-là au lieu de faire ſucceſſivement trois ou quatre différentes inciſions en deſcendant juſqu'au col de la veſſie, comme nous le pratiquons en Angleterre, on coupe d'abord la peau, & enſuite on continue de pouſſer le lithotome en avant, ſans le retirer du tout juſqu'à ce que l'inciſion ſoit achevée.

Le biſtouri que nous employons en Angleterre pour la taille, eſt preſque le ſeul dont nous nous ſervons en toute autre occaſion : & je croirois volontiers qu'en nous habituant à employer toujours la même ſorte de biſtouri, nous acquerons une plus grande facilité de le manier, que ſi nous nous ſervions de pluſieurs de différente forme.

On ne ſauroit nier qu'une raiſonnable variété d'inſtrumens ne ſoit un

ſecours eſſentiel à la Chirurgie : mais on peut obſerver auſſi, que la plûpart des Chirurgiens ont tellement compté ſur ce ſecours qu'ils n'ont pas aſſez cultivé l'adreſſe de la main; & il eſt fort remarquable qu'à proportion que l'art d'opérer a été perfectionné, le nombre des inſtrumens a été généralement diminué. Dionis blâme le trop grand nombre de ceux que recommande Scultet. Quelques modernes accuſent Dionis du même excès : & peutêtre que le ſiécle ſuivant rejettera pluſieurs de ceux qui ſont maintenant en uſage : du moins je croirois volontiers, que ſi l'art d'opérer devient alors plus parfait qu'il n'eſt aujourdui, on en ſera peutêtre autant redevable à la dextérité qu'on aura acquiſe, qu'à aucune invention mécanique.



CHAPITRE VI.

Qui contient des obſervations mêlées, & differens progrès de la Chirurgie.

SECTION I.

Des tumeurs de la veſſicule du Fiel.

COmme on s'eſt quelquefois trompé en prenant une tumeur de la veſſicule du fiel pour un abſcès du foie, M. Petit, dans un Mémoire préſenté à l'Académie de Chirurgie, a eſſayé de marquer les ſymptomes qui diſtinguent ces deux maladies; & de-là il a pris occaſion de faire quelques autres recherches ſur les maladies de la veſſicule du fiel.

Une inflammation du foie, appellée auſſi une colique hépatique, peut ſe terminer de différentes manieres; mais ſouvent elle ſe termine par réſolution ou par ſuppuration. Quelle que ſoit l'iſſue d'une inflammation, les

symptomes sont à peu près les mêmes pendant qu'elle subsiste, savoir, une douleur dans la région du foie, avec une tumeur dure & douloureuse de la partie: les excrémens ne sont point teints de bile, & d'un autre côté il y en a une prodigieuse quantité dans l'urine : pendant que la bile ne coule pas, toute la peau du corps devient extrêmement jaune, & quelquefois dans moins de vingt-quatre heures.

Lorsque l'inflammation du foie se termine par résolution, il arrive souvent que le conduit cystique demeure obstrué pendant quelque tems, après que la sécrétion de la bile a commencé à se faire à l'ordinaire : & comme cette obstruction empêche que la bile ne tombe dans le duodenum, la vessicule devient nécessairement distendue, & forme dans l'hypocondre droit une tumeur, que l'on pourroit prendre mal-à-propos pour un abscès, à cause de la fluctuation qu'on y sent.

L'expérience a montré, que lorsque par mégarde la vessicule du fiel a été ouverte, l'épanchement de la bile dans l'abdomen a ordinairement

fait périr le malade en peu d'heures ou de jours, ſinon lorſque la veſſicule s'eſt trouvée adhérente au péritoine & aux muſcles de l'abdomen; car alors l'inciſion peut non-ſeulement être ſans danger, mais encore être convenable. Ainſi il eſt très-important de déterminer ſi la fluctuation que l'on ſent dans cette partie à la fin d'une colique hépatique eſt le pus d'un abſcès, ou une bile accumulée dans la veſſicule du fiel.

Lorſqu'il y a une ſuppuration, la douleur continue d'augmenter pendant la formation de la tumeur, & elle eſt accompagnée de battement. Lorſqu'il n'y a qu'une accumulation de bile dans la veſſicule, la douleur ceſſe tout d'un coup, ou du moins continue à diminuer pendant l'augmentation de la tumeur. De plus, après une ſuppuration du foie le malade eſt extrêmement abbatu & inquiet, nonobſtant la diminution de la douleur; au lieu qu'il ſe trouve gai & diſpos lorſque la tumeur eſt formée par une bile accumulée dans la veſſicule. Les friſſons qui accompagnent

ces deux maladies, différent pareillement. Dans la ſuppuration ils durent plus longtems, & ſont d'abord ſuivis de chaleur, & enſuite d'une moiteur de la peau ; au lieu que dans la retention de la bile la peau eſt ſèche. Une autre différence eſt, que dans un abſcès du foie la fluctuation vient par degrés ; au lieu que dans un amas de bile elle vient tout d'un coup. Enfin un abſcès du foie n'a pas des bornes évidentes, mais ſe confond dans la tumeur, étant auſſi accompagné d'un œdeme des tégumens ; au lieu que la tumeur de la veſſicule du fiel eſt toujours circonſcripte, étant ſituée ſous les fauſſes côtes au-deſſous du muſcle droit.

J'ai dit que quoiqu'il ſoit extrêmement dangereux d'ouvrir la veſſicule du fiel lorſqu'elle demeure ſans adhérence, l'opération peut néanmoins être convenable lorſque la veſſicule eſt adhérente au péritoine. La veſſicule du fiel, ainſi que la veſſie urinaire, ſe rompt quelquefois par une diſtenſion exceſſive. Mais ſi avant ſa rupture elle eſt adhérente aux parties

voiſine

voiſines qu'elle touche, comme il arrive d'ordinaire aux membranes enflammées, il conviendra de faire une inciſion à la partie ſupérieure, de peur que la veſſicule ne ſe rompe dans un endroit par où la bile s'épancheroit dans l'abdomen.

On rapporte pluſieurs cas (1) où la veſſicule a crévé en-déhors, & les malades ſe ſont bien trouvés de cet accident. Ces exemples ſont voir qu'il eſt à propos d'ouvrir la veſſicule lorſque ſon adhérence eſt certaine. Mais ce qui engage encore davantage à faire cette opération, c'eſt que l'on peut par ce moyen tirer de la veſſicule une ou pluſieurs pierres, leſquelles par leur réſiſtance continueroient à entretenir l'inflammation, & les ſymptomes qui en ſont la ſuite.

La premiere fois que l'on fit cette opération, on n'avoit pas d'abord intention de la faire (2); le Chirurgien ſe propoſant uniquement de guérir une petite fiſtule de la veſſicule du

(1) Mémoire de l'Académie de Chirurgie, page 155.

(2) Mémoire de l'Academie de Chirurgie, page 178.

fiel en ladilatant. Mais en examinant avec ſa ſonde la cavité de cette fiſtule, il ſentit une pierre auſſi groſſe qu'un œuf de pigeon ; il la tira , & le malade guérit. Il eſt vrai que cette opération n'eſt pas encore établie : mais outre le cas que j'ai cité, on en rapporte pluſieurs autres où la veſſicule a crêvé en dehors, & où des pierres en ſont ſorties d'elles-mêmes : ce qui doit encourager un habile Chirurgien à examiner toujours s'il y a quelques pierres dans la veſſicule, ſoit que l'ouverture ait été faite par la nature ou par l'art.

Les ſymptomes d'une adhérence ſont, l'immobilité de la veſſicule dans toutes les ſituations du corps, & quelque dégré d'inflammation ou d'œdeme de la tumeur : & quoique ces derniers ſymptomes ne ſubſiſtent plus, il ſuffit néanmoins qu'ils aient ſubſiſté quelque tems, pour être une preuve de l'adhérence. La meilleure maniere d'ouvrir la veſſicule du fiel, eſt de la percer dans l'endroit le plus prominent ou le plus mince avec un troicar crénelé : & lorſque la bile eſt évacuée

l'opérateur doit introduire une ſonde par la canule afin de chercher s'il y a une pierre. S'il en trouve une, il doit dilater l'ouverture en coupant ſur la crénelure de la canule; après quoi il introduit l'index dans la veſſicule pour s'aſſurer de la ſituation préciſe de la pierre, & enſuite il finit l'opération avec des tenettes comme dans la taille au haut appareil. S'il n'y a point de pierre, il laiſſe la canule dans la veſſicule juſqu'à ce que la bile puiſſe couler dans le duodenum; & le cas devient à peu près le même que la ponction au-deſſus de l'os pubis dans la retention d'urine.

SECTION II.

Des pierres enkiſtées & adhérentes de la veſſie.

M. Houſtel a préſenté à l'Académie de Chirurgie un recueil de cas pour montrer que des pierres de la veſſie ſont quelquefois contenues dans des kiſts formés par la protuberance d'une partie de ſes tuniques. Ce phénomene a tellement attiré l'attention

depuis quelques années, qu'il n'eſt point d'habile Chirurgien qui n'en ſoit inſtruit, ſoit par ſa propre obſervation, ſoit par la lecture (1) : mais les exemples n'en ſont pas encore communs.

On croyoit autrefois qu'il y avoit ſouvent des pierres adhérentes à la veſſie ; & des opérateurs ignorans ſe mettoient par-là à couvert de reproche lorſqu'ils ne pouvoient venir à bout de tirer la pierre. A meſure que les Chirurgiens ont perfectionné l'opération de la taille, & qu'ils ont plus rarement échoué dans l'extraction, l'opinion des pierres adhérentes a eu moins de cours, & à la fin les plus célébres opérateurs l'ont entiérement rejettée. Mais la poſſibilité du fait eſt aujourdui ſuffiſamment démontrée par l'ouverture de pluſieurs cadavres, dans les veſſies deſquels on a trouvé des pierres dans de petites poches ou kiſts : & dans quelques-uns la veſſie étoit tellement reſſerrée près des inſertions des uretères, qu'elle formoit deux cavités diſtinctes, qui communiquoient

(1) Tranſactions de la ſociété Royale, vol. 42. n°. 462. Heiſter, page 1016.

ensemble par une petite ouverture. J'ai vû moi-même un pareil cas, où la pierre étoit contenue dans la cavité postérieure.

Il est remarquable que l'ouverture des kists est souvent fort étroite, en sorte que la pierre est beaucoup plus grosse que cette ouverture ; en conséquence de quoi il est impossible de saisir la pierre avec les tenettes, & l'opération se trouve nécessairement inutile. Les pierres contenues dans des kists sont souvent aussi lisses que si elles avoient frotté l'une contre l'autre, & de la même figure que sont ordinairement les pierres lorsqu'il y en a plusieurs dans la vessie. Il semble qu'à mesure qu'elles grossissent, elles distendent le kist ; car on ne trouve pas de petites pierres dans de grands kists : d'où l'on peut inférer que la pésanteur des pierres est la premiere cause de cette figure contre nature de la vessie ; car si cela n'étoit pas, on auroit entendu parler de vessies avec des kists où il n'y avoit point de pierres.

Quelquefois les pierres contenues

dans ces kiſts ſont adhérentes à la tunique interne de la veſſie, & j'ai vû auſſi dans deux cadavres une adhérence de la pierre ſans qu'il y eût de kiſt. Mais ces adhérences ne ſont pas bien fortes, & ainſi elles n'empêchent pas beaucoup l'opération; en ſorte qu'on peut tirer des pierres qui adhérent légérement, lors-même qu'on ne le ſoupçonne pas.

Je crains que nous ne recueillions d'autre avantage des hiſtoires de veſſies avec kiſts, que celui de connoître la difficulté qu'il y a de tirer certaines pierres. Cette difficulté néanmoins ſe rencontre fort rarement: car quoique j'en ai trouvé deux exemples dans des cadavres, toutefois dans le grand nombre de malades que j'ai vûs tailler, ce fâcheux accident ne s'eſt jamais préſenté une ſeule fois. Mais s'il n'y a qu'un ſeul kiſt, & qu'il ſoit aſſez près du col de la veſſie pour qu'on puiſſe y atteindre avec l'index, on peut ſans danger conduire ſur ſon doigt la pointe du lithotome pour dilater l'orifice du kiſt; ce qui facilitera l'extraction de la pierre.

On a crû que les pierres, lorſqu'elles ne preſſent pas ſur le col de la veſſie, mais demeurent immobiles dans quelque autre endroit de ce viſcère, ne cauſoient point de douleur. Néanmoins quelques-uns des cas que j'ai rapportés contrediſent cette opinion. Il eſt vrai que les pierres ne ſont pas ſi incommodes lorſqu'elles ſont enkiſtées que lorſqu'elles ſont mobiles; & que les pierres mobiles ne cauſent pas tant de douleur quand elles ſont dans le corps de la veſſie que quand elles en occupent le col : car l'expérience montre que ſi on écarte une pierre du col de la veſſie, ſoit au moyen de la ſonde, ſoit en ſuſpendant le malade la tête en bas, on le ſoulage quelquefois dans le moment. Je crois que cela vient de ce que la pierre touchant la veſſie en plus de points lorſqu'elle eſt ſituée au col que lorſqu'elle eſt dans le corps ou dans le fond, elle produit en conſéquence une plus grande irritation. D'ailleurs à chaque effort que l'on fait poururiner, la douleur doit beaucoup augmenter par la force avec laquele la

vessie se resserre sur la surface de la pierre.

SECTION III.

De l'Empyeme.

M. Foubert, dans un Mémoire présenté à l'Académie de Chirurgie, pag. 717. a décrit la maladie d'une personne, qui après quelques douleurs du poulmon eut une tumeur au côté gauche, un peu au-dessous du diaphragme, entre les cartilages de la septiéme, huitiéme & neuviéme côte, & le cartilage xiphoïde. Il dit qu'il auroit ouvert cette tumeur s'il n'avoit pas été obligé de céder à l'opinion des autres Chirurgiens, qui vouloient qu'on attendît qu'il y eut quelque raison plus évidente pour faire l'incision. Durant ce tems-là le malade mourut; & à l'ouverture du corps il parut que c'étoit un empyeme, dont la matiére poussant en-dehors formoit la tumeur. On conclut de-là, que dans des cas de cette nature on pourroit vraisemblablement sauver le malade en évacuant le pus.

Il

Il paroît par ce Mémoire, que l'opération de l'empyeme, quoiqu'elle ait toujours été recommandée, n'a pas cependant encore été univerſellement établie dans la pratique, ſoit que les cas où elle convient ſoient rares, ou qu'ils aient été preſque entiérement négligés; puiſqu'il eſt certain que peu de gens ont fait cette opération.

Mais il faut ſavoir que je ne parle pas de cette ſorte d'empyeme où les poumons ſont adhérens à la plèvre, & produiſent un abſcès en-dehors entre les côtes; mais de celle ou l'abſcès des poumons, lorſqu'il vient à créver, épanche le pus dans la cavité du thorax. Les empyemes de la premiere eſpèce ſont fréquens, & tout Chirurgien en a vû: mais ceux de la ſeconde ſont plus rares, ou du moins on les croît généralement tels. A la vérité les abſcès du poumon qui n'ont point d'adhérence évidente, ſont très-communs, comme on voit dans les phthiſiques, qui crachent habituellement le pus engendré dans les abſcès: mais alors, ou l'abſcès ne s'eſt pas vuidé dans la cavité de la poitrine, ou s'il

s'y est vuidé, le pus a été repompé par l'ouverture de l'abscès : & dans ces deux cas l'opération de l'empyeme serviroit de peu, n'y ayant pas dans la poitrine beaucoup de pus extravasé.

Cette disposition des poumons à rejetter le pus qui s'engendre sur leur surface ou dans leur substance, a engagé plusieurs Chirurgiens à condamner l'opération de l'empyeme comme absolument inutile ; & j'avoue que quoique de mon côté j'aie toujours eu un doute là-dessus, néanmoins ayant autrefois cherché avec beaucoup de soin, mais en vain, des cas où l'opération auroit pû être convenable, j'ai conclu aussi qu'elle étoit inutile.

Mais je suis maintenant persuadé qu'il y a des abscès, non-seulement de la plèvre & du médiastin, mais encore des poumons, qui épanchent le pus dans la cavité de la poitrine sur le diaphragme, où ce pus s'accumulant cause enfin la mort faute d'être évacué : ou si une partie est rejettée par la trachée artère, le séjour de ce qui reste produit le même effet, quoique plus lentement.

C'est dans de pareilles circonstances que l'opération convient, & lorsque, selon toute apparence, l'évacuation procurée par l'art sera aussi utile que celle que procure la nature, soit par la trachée artère, soit extérieurement entre les côtes, comme dans les empyemes adhérens : & dans ce cas-là on voit beaucoup de malades qui vivent long-tems avec l'évacuation, & quelques-uns même qui guérissent parfaitement.

Moi-même aussi, en faisant depuis peu l'ouverture d'un corps, j'y ai trouvé un de ces empyemes où l'opération n'auroit guère pû manquer d'avoir un heureux succès. C'étoit un grand amas d'une matiére claire dans la cavité gauche de la poitrine, sans qu'il y eût le moindre ulcère ou la moindre inflammation, soit à la plèvre, soit au médiastin, ou au poumon. Je pense qu'il y avoit eu auparavant une inflammation dans ces membranes, ou dans la membrane qui envelope les poumons, & que la sécrétion de cette matiére s'étoit faite comme dans les inflammations du pré-

puce, qui fournit auſſi la même ſorte de matiére, laquelle reſſemble exactement à du pus, & dont j'ai fait mention ci-devant dans une autre occaſion.

M. Le Dran dans ſes obſervations (1) nous donne l'hiſtoire de deux malades ſur qui il avoit propoſé de faire cette opération; mais il ne la fit pas: & en ouvrant leurs cadavres il trouva que, ſuivant toute apparence, l'opération leur auroit été avantageuſe. Mais ces vraiſemblances ſont peu de choſe en comparaiſon de ce qu'ont publié quelques Chirurgiens (2), qui aſſurent poſitivement avoir ſouvent fait cette opération avec grand ſuccès.

Ainſi puiſqu'il ſe rencontre quelques occaſions où l'opération eſt convenable, il eſt important de déterminer par quels ſymptomes on peut s'aſſurer qu'elle convient en effet.

On a enſeigné preſque univerſellement, que lorſqu'un fluide eſt extra-

(1) Obſerv. 31. 32.

(2) Marchetti, page 62. édit. de Londres 1728. Freke, page 269.

vaſé dans la poitrine le malade ne peut ſe coucher que ſur le côté affecté, le poids du fluide qui pèſe ſur le médiaſtin devenant incommode au malade s'il ſe place ſur le côté ſain. Par la même raiſon, lorſque les deux cavités de la poitrine ſont pleines d'un liquide, le malade ſe trouve le mieux d'être couché ſur le dos, ou penché en devant, afin que le liquide ne preſſe ni le médiaſtin ni le diaphragme. Mais quelque vraie que puiſſe être cette doctrine dans pluſieurs occaſions, il y en a quelques-unes, où nonobſtant l'extravaſation le malade ne ſe plaint pas d'être plus incommodé dans une ſituation que dans l'autre, ni même d'une grande difficulté de reſpirer.

Par cette raiſon il eſt quelquefois plus difficile de déterminer quand l'opération eſt néeſſaire, que ſi on avoit un ſigne auſſi certain qu'on le croit ordinairement. Mais quoique ce ſigne puiſſe manquer, il y en a d'autres qui nous guident pour l'ordinaire avec une certitude raiſonnable. Celui qui marque le plus ſûrement qu'il y a une grande quantité de liquide dans une

des cavités de la poitrine, c'eſt une expanſion contre nature du côté de la poitrine où eſt ce liquide : car à meſure qu'il s'accumule, il éleve néceſſairement les côtes du même côté, & les empêche de ſe contracter dans l'expiration autant que les côtes du côté oppoſé. On lit même que le liquide comprime quelquefois tellement les poumons qu'il les affaiſſe (1), & empêche preſque entiérement leur action. Ainſi lorſqu'après une maladie du poumon le thorax ſe dilate de cette maniere, & qu'il y a en même tems des ſymptomes d'une ſuppuration, cela vient probablement d'une collection de pus. Le malade a auſſi une fiévre lente qui ne le quitte point, & une oppreſſion particuliére que lui cauſe le poids du liquide.

Outre la dilatation que produit dans une des cavités de la poitrine l'accumulation du liquide, le malade ſent une ondulation ; & cette ondulation eſt quelquefois ſi évidente qu'un aſſiſtant en peut entendre fort diſtinctement le bruit dans certains mouve-

(1) Le Dran, obſervat. 211. vol. 1.

mens du corps. C'est ce qui arrivoit à un de mes malades, auquel je fis l'opération : mais la liqueur qui sortit de la poitrine étoit fort claire, & c'étoit plutôt une liqueur séreuse que de véritable pus.

De plus, il arrive souvent que quoique la peau & les muscles intercostaux ne soient pas enflammés, ils deviennent œdemateux en certains endroits du thorax ; ou s'ils ne sont pas œdemateux, ils s'épaississent un peu : & ces symptomes joints à la dilatation du thorax, & aux maladies de la plèvre ou du poumon qui ont précédé, semblent montrer que l'opération convient indubitablement. Mais une des raisons qui engagent à la faire en pareil cas, c'est que si l'opérateur se trompoit dans la connoissance de la maladie, une incision des muscles intercostaux n'est ni dangereuse, ni fort douloureuse.

Je conseille de faire l'incision entre la sixiéme & septiéme côte, à une égale distance du sternum & de l'épine du dos : & quoique cet endroit ne soit pas celui qui a le plus de pente

quand le malade eſt ſur ſon ſéant; néanmoins quand il eſt couché il y en a ſuffiſamment pour donner iſſue à la liqueur. Mais la vérité eſt qu'en ouvrant le thorax on ôte la réſiſtance que la liqueur faiſoit aux poumons, en ſorte qu'ils ſe dilatent librement, & dans leur dilatation pouſſent la liqueur partout où elle trouve une iſſue: & dans le cas où je fis l'opération, elle ſortit impétueuſement par la plaie que j'avois faite dans l'endroit ſuſdit, & coula à une grande diſtance du malade.

S'il eſt donc vrai que l'action des poumons oblige la liqueur de ſortir par toute ouverture du thorax, il ſera beaucoup plus à propos de faire l'opération dans l'endroit que j'ai marqué, que dans la partie la plus déclive du thorax (qu'on appelle la place d'élection); parcequ'il eſt ſouvent difficile de la faire dans cette place, & qu'elle a quelquefois des ſuites embaraſſantes. Mais ce qu'on peut alléguer de plus fort en faveur de l'inciſion au milieu du thorax, ceſt la pratique de Marchetti, qui faiſoit toujours l'ou-

verture entre la cinquiéme & sixiéme côte (1).

J'ai parlé ici des abscès qui viennent de causes internes. Ceux qui sont produits par des plaies, ou autres injures externes, demandent le même traitement ; & la plûpart des règles que j'ai établies pour les premieres, y conviennent exactement.

SECTION IV.

De la Commotion du Cerveau.

Par l'ouverture des personnes qui meurent d'une commotion du cerveau (1), il paroît que dans quelques-unes elle est accompagnée d'une extravasation de sang, & qu'en d'autres il n'y a point d'extravasation. Cette remarque a donné occasion à plusieurs Chirurgiens de l'Académie Royale de Paris de chercher à distinguer ces deux cas ; & M. Petit, qui le premier a suggeré cette distinction, a établi les symptomes par lesquels il dit qu'on

(1) Page 61. 65.
(2) Mémoires de l'Académie de Chirurgie, page 1[illegible]8.

peut connoître ſi la commotion eſt accompagnée ou non d'une extravaſation, & par conſéquent s'il convient ou non d'appliquer le trépan.

Ce ſeroit aſſurément une découverte fort utile, ſi on pouvoit établir ſolidement la différence de ces ſymptomes : mais j'avoue que je ne comprens pas bien celle que donne M. Petit, & qu'il tâche de prouver par les exemples rapportés dans ſon Mémoire. Il eſt vrai qu'on nous promet que ce point ſera diſcuté plus amplément dans le traite des opérations du même auteur, ouvrage que le public attend avec beaucoup d'impatience.

M. Petit enſeigne donc, que ſi au moment même de l'accident il ſurvient un aſſoupiſſement & une perte de ſentiment, c'eſt une ſimple commotion ; & que ſi ces ſymptomes ſurviennent quelque tems après, ils ſont l'effet d'une extravaſation. Mais je penſe qu'on voit tous les jours des exemples d'une extravaſation ſur le cerveau lors-même que ces ſymptomes ſurviennent dans le moment : ainſi l'obſervation de M. Petit n'eſt pas concluante. Et

c'eſt auſſi ce que l'Académie ſemble ne pas ignorer, puiſqu'elle avertit de ſe ſouvenir, que la commotion peut être une premiere cauſe de la perte de ſentiment, & l'extravaſation une ſeconde cauſe.

Mais, à mon avis, cette maxime nous laiſſe entiérement dans les ténébres, & ne nous met pas à couvert du danger de la doctrine générale de M. Petit : car ſi on doit s'abſtenir d'appliquer le trépan lorſqu'il eſt ſurvenu auſſitôt une perte de ſentiment, dans l'idée qu'il n'y a point d'extravaſation, & que néanmoins dans quelques-uns de ces cas-là il y ait une extravaſation, une pareille conduite ne ſauroit manquer d'avoir ſouvent des ſuites funeſtes.

Parmi ces réflexions ſur les maladies du cerveau, l'Académie donne une très-bonne règle de pratique au ſujet des abſcès du cerveau qui viennent d'accidens extérieurs (1). Elle obſerve que juſqu'à préſent les Chirurgiens modernes ont autant craint de

(1) Mémoires de l'Académie de Chirurgie, page 319.

faire une incision dans la substance du cerveau pour évacuer quelque matiére qui peut y être cachée, que les anciens craignoient d'ouvrir la dure mere dans la même vûe. L'Académie rapporte donc plusieurs exemples pour prouver, que lorsque les symptomes d'une extravasation ou d'un abscès continuent de subsister, quoiqu'il ne paroisse ni extravasation ni abscès sur la surface du cerveau, on doit pousser ses recherches jusque dans la substance même du cerveau, en faisant une ponction ou une incision vis-à-vis l'endroit du crâne qui a reçu le coup.

L'Académie rapporte aussi des exemples où des bâles sont demeurées logées dans la substance du cerveau (1) pendant plusieurs années, sans que les malades aient eu aucun accident remarquable. Le principal dessein de l'Académie en rapportant ces exemples est de montrer, que quelque dangereuse que soit en général une compression ou une plaie du cerveau, la même chose peut arriver : aussi l'Aca-

(1) Mémoires de l'Académie de Chirurgie, page 314.

démie avertit-elle de ne rien négliger en pareil cas pour la guérison, nonobstant que le mal paroisse désespéré.

SECTION V.

De la Fistule Lacrymale.

Un Chirurgien fort ingénieux (M. De la Forêt) me fit voir lorsque j'étois à Paris, une nouvelle méthode par laquelle il dit avoir guéri plusieurs fistules lacrymales sans faire d'incision au sac lacrymal. Cette méthode est en quelque sorte une imitation de celle d'Anel, qui employoit des injections balsamiques par les points lacrymaux, en vûe de déterger les ulcères du sac, & de détruire les obstructions du conduit nazal; au lieu que M. De la Forêt introduisant sa canule par la narine la fait passer ensuite dans le sac par le conduit nazal.

Il n'introduit pas la canule chaque fois qu'il injecte (ce qui se fait ordinairement deux fois le jour); mais quand elle est une fois dans le conduit nazal, il l'y laisse pendant neuf ou dix jours, & ensuite il en met une

propre, continuant de faire de tems en tems la même chose jusqu'à ce que la fistule soit guérie par les injections.

La canule est un demi-cercle d'environ un pouce & demi de diametre, ayant une petite portion du côté du manche qui est presque droite, en sorte que cette canule est à peu près de la figure d'une faucille. Le diametre de son orifice du côté du manche est d'un dixiéme de pouce; & la canule a une forme conique dans toute sa longueur, de façon que son extrêmité est très-mince. Lorsqu'on a introduit la canule, sa pointe va jusque dans le sac lacrymal, & le manche se trouve dans la narine.

On croiroit d'abord qu'il est fort difficile d'introduire une canule dans le sac lacrymal par la narine, & en effet je l'ai trouvé ainsi en essayant de le faire sur un cadavre : mais par la pratique j'ai eu bientôt acquis l'habitude de le faire aisément. Cependant je n'ai pas encore traité de fistule lacrymale selon cette méthode, & je crois que j'attendrai pour cela que son succès soit encore mieux confimé : car

il me paroît que quand le conduit nazal eſt tellement obſtrué qu'il ne permet pas aux larmes & à la matiére de couler dans le nez, la force que l'on employe en introduiſant la canule, ou du moins la compreſſion continuelle qu'elle cauſe pendant un tems auſſi long que celui de neuf ou dix jours, peut vraiſemblablement être nuiſible. D'ailleurs, lorſque les tuniques du ſac lacrymal ſont devenues fort minces, comme cela arrive ordinairement lorſqu'il eſt gonflé & ulceré, je penſe que pour guérir la fiſtule il eſt abſolument néceſſaire de faire une inciſion au ſac, ou même d'en emporter une portion.

Mais comme je crois que pluſieurs célébres Chirurgiens examinent préſentement la méthode de M. De la Forêt, nous apprendrons par leur expérience le cas que nous en devons faire. M. De la Forêt n'a encore rien donné au public là-deſſus ; mais je penſe que je n'ai pas mal repréſenté ſa méthode.

SECTION VI.

Du Polype.

M. Levret, dans un traité qu'il a publié depuis peu ſur la nature des polypes de la matrice & du nez, recommande une maniere de les lier qu'il eſtime plus efficace qu'aucune de celles qui ont été publiées juſqu'à préſent. D'autres auteurs ont ſouvent conſeillé la ligature pour l'extirpation des polypes ; & cette méthode eſt auſſi ancienne qu'Hippocrate, qui parle de lier un polype du nez (1). Mais la difficulté d'exécuter cette opération a paru ſi grande, ou a été trouvée telle par l'expérience, que la méthode ordinaire de détruire les polypes a été de les arracher avec des pincettes.

La raiſon de préférer la ligature aux pincettes, eſt la crainte qu'il ne ſurvienne une hémorragie après l'extraction, hémorragie que tous les auteurs, & particuliérement M. Levret, repréſentent comme extrêmément dangereuſe, ſurtout dans les polypes qui

(1) Au livre *de Affectibus*.

pendant

pendent dans le gosier. Cette réflexion est très-importante, supposé qu'elle soit vraie. Mais je ne saurois m'empêcher de remarquer à cette occasion, que ce que l'on regarde comme un accident ordinaire n'est jamais arrivé une seule fois dans les opérations que j'ai faites moi-même ou que j'ai vû faire à d'autres. Je ne nie pas cependant que cet accident ne puisse arriver; mais je doute qu'il soit fréquent.

Il n'est pas facile, sans le secours d'une figure, de donner une idée des instrumens que M. Levret a inventés pour lier le polype: & comme il a joint des planches à son ouvrage, avec une déscription, cela seroit inutile. Mais outre la maniere qu'il propose d'extirper les polypes, il a encore fait des recherches particulieres sur la nature de cette maladie. Il assure qu'un polype qui est composé de plusieurs portions distinctes n'a qu'un seul pédicule, & qu'il y a quelquefois un grand nombre de polypes distincts & indépendans, que l'on regarde communément comme un seul & unique. Il soutient aussi que l'extirpation d'u-

ne partie d'un polype au moyen de la ligature, fait souvent que tout le polype se détruit. Et lorsqu'il est adhérent à la membrane pituitaire, ensorte qu'on ne peut le lier, M. Levret dit qu'en le séparant de la membrane avec une sorte particuliére de bistouri qu'il a inventée pour cet effet, il peut aisément le lier. Il approuve l'invention de M. Manne, de couper le voile du palais afin de mettre à découvert un polype qui pend un peu bas dans le gosier, & qu'on ne peut bien saisir, soit pour l'arracher, soit pour le lier, lorsqu'il demeure caché derriere le voile du palais.

Ce sont-là les points les plus essentiels du livre de M. Levret. Et je crois que quiconque voudra examiner ce qu'il a avancé sur cette matiére, trouvera que c'est un Chirurgien fort ingénieux & un excellent mécanicien.

SECTION VII.

De l'Extirpation des Amygdales skirrheuses.

Extirper par le moyen de la ligature les amygdales ſkirrheuſes, eſt une pratique qui ſemble être encore preſque entiérement renfermée en Angleterre ; ſans autre raiſon, je penſe, que parcequ'il faut d'ordinaire un certain tems pour qu'une découverte ſe répande. Tout le monde reconnoît que l'uſage des eſcarotiques eſt une méthode ennuyeuſe, douloureuſe, & quelquefois même inefficace. On convient pareillement que l'hémorragie qui ſuit l'amputation des amygdales ſkirrheuſes eſt fort à craindre. Nonobſtant cela on néglige toujours de les lier.

Il me paroît que les deux autres méthodes ſont rarement pratiquées, & cela pour les raiſons que j'ai aſſignées ; c'eſt pourquoi ceux qui ont le malheur d'être attaqués de cette maladie, n'ont d'autre reſſource que dans des palliatifs, qui rarement produiſent beaucoup d'effet. Il eſt vrai que la mala-

die n'eſt pas fort commune : mais quand une fois on a découvert un reméde ſûr pour une maladie, quelque rare qu'elle puiſſe être eſtimée, il eſt ſurprenant combien alors elle ſe trouve fréquente : & je crois que ſi les Chirurgiens connoiſſoient davantage cette opération, il y en auroit peu d'entre eux qui ne rencontraſſent l'occaſion de la pratiquer.

D'ailleurs il n'eſt aucune opération dans la Chirurgie, qui, à mon avis, doive autant encourager un opérateur. Elle n'eſt ni dangereuſe dans l'exécution, ni fâcheuſe dans l'événement. Toutes les autres tumeurs ſkirrheuſes, ſoit ſcrophuleuſes ou carcinomateuſes, ſont ſujettes à revenir, ſoit que le virus reſte dans le voiſinage de la glande extirpée, ſoit qu'il ſe jette ſur quelque autre glande du corps. Mais pour ce qui eſt des amygdales ſkirrheuſes extirpées, je n'en ai jamais vû un ſeul exemple où le malade n'ait pas recouvré une ſanté parfaite & durable.

L'heureux ſuccès dont cette opération eſt conſtamment ſuivie, ſert de réponſe à l'objection commune que

l'on a faite autrefois contre, & que font peutêtre encore quelques étrangers, ſavoir, qu'il doit être dangereux de détruire une partie par où la nature a été accoutumée à ſe décharger de quelque humeur nuiſible, crainte que cette humeur demeurant dans la maſſe du ſang, faute d'avoir un émonctoire, ne cauſe une fiévre, ou quelque autre maladie. On a crû que les inflammations qui ſurviennent fréquemment aux amygdales ſkirrheuſes, ne devoient pas être regardées comme des maladies locales, mais comme une maladie qui eſt dans le ſang, & qui, de même que la goute, doit ſe fixer ſur une partie du corps pour la conſervation de tout le reſte. Cependant, comme il ne ſurvient jamais de maladies inflammatoires en conſéquence de l'opération, cela paroît démontrer que la foibleſſe de la partie eſt la principale cauſe de ces ſortes de maladies.



CHAPITRE VII.

De l'Amputation.

LES extrêmités ſont ſujettes à pluſieurs maladies qui demandent l'amputation : mais une gangrêne qui s'étend, a toujours été regardée comme un des plus preſſans motifs de la faire, & même chez les anciens, comme le ſeul, ſuivant toute apparence. C'eſt pourquoi la coutume des auteurs a été de parler de la nature de la gangrêne avant que de décrire l'opération. Et comme une idée juſte de la nature de cette maladie eſt extrêmément néceſſaire pour régler la conduite que l'on doit tenir par rapport à l'opération, j'examinerai quelques-unes des opinions que l'on a préſentement ſur cet article.

Les anciens Chirurgiens traitoient diverſement les gangrênes, ſelon les différentes cauſes dont elles tiroient leur origine, & ſelon les différentes maladies avec leſquelles elles étoient

compliquées. Les modernes ont abrégé ces diſtinctions, voyant qu'une mortification vient d'une cauſe externe ou d'une cauſe interne, & quelquefois de froid, que l'on regarde comme une eſpéce diſtincte de cauſe externe. Dans toutes les eſpèces de gangrêne il y a une entiére ſtagnation des liquides, & par conſéquent une privation de chaleur vitale. Ainſi l'intention curative eſt à peu près la même, de quelque cauſe que vienne la gangrêne ; puiſque la fin qu'on doit ſe propoſer, c'eſt de rétablir la chaleur & la circulation du ſang dans la partie affligée. Nous voyons en conſéquence, que les remédes ſpiritueux appliqués extérieurement, & les cordiaux donnés intérieurement, ſont les moyens ordinaires que l'on employe pour arrêter le progrès de la gangrêne, de quelque eſpèce qu'elle ſoit.

La plûpart des gangrênes ſont extrêmément putrides, & rendent une ſéroſité fétide : mais quelquefois auſſi elles ſont ſèches & ſans mauvaiſe odeur. On dit que cette ſorte de gan-

grêne vient souvent à la suite des plaies d'armes à feu : mais je crois qu'elle attaque encore plus souvent les gens âgés. J'ai vû un cas où elle vint fort lentement, en sorte qu'au bout de trois mois depuis qu'elle avoit commencé elle n'incommodoit pas beaucoup le malade, quoiqu'elle eût gagné jusqu'à la moitié de la jambe en montant. Néanmoins quelque tems après le malade tomba en langueur & mourut.

Quelques modernes (1) donnent différentes règles pour le traitement des gangrênes sèches & des gangrênes humides. Ils disent que c'est une chose absurde d'employer les applications spiritueuses pour une gangrêne sèche, & ne recommandent que les applications émollientes. Mais je ne vois pas que cette distinction soit d'une grande utilité : car quoique les digestifs mêlés avec l'huile de térébenthine soient peutêtre plus propres que les spiritueux pour séparer les escarres d'une mortification, cela suppose toutefois la gangrêne déja formée, & par

(1) Guisard, page 442.

conséquent

conſéquent c'eſt plutôt un moyen pour la traiter que pour la prévenir.

On peut obſerver que j'employe les mots de gangrêne & de mortification comme ſynonymes. Mais dans tous les livres on définit la gangrêne, en diſant qu'elle eſt le commencement de la maladie; & la mortification, autrement le ſphacele, en diſant qu'elle en eſt le dernier dégré. Cette diviſion néanmoins eſt de peu d'utilité, & ceux mêmes qui en font mention ne s'y tiennent pas étroitement. C'eſt pourquoi je l'ai négligée partout, & je me ſuis ſervi de ces mots dans le ſens qu'on les prend communément dans la converſation ordinaire.

On dit qu'une gangrêne qui vient de froid doit être traitée différemment de toutes les autres. Les auteurs avancent, que ſi on y applique tout d'un coup des remédes chauds & ſpiritueux, ils cauſent ſur le champ la putrefaction de toutes les parties qui ont la moindre diſpoſition à ſe gangrener. C'eſt pourquoi ces auteurs ordonnent de frotter d'abord avec de la neige le membre affecté (car la neige eſt un

peu plus chaude que l'air en hiver); afin qu'il ne passe pas trop vîte d'un extrême froid à une extrême chaleur. Pour appuyer ce raisonnement on peut remarquer, que les plantes gelées pourrissent dans le moment si on les met dans l'eau bouillante; au lieu que si on les met d'abord dans l'eau froide, & qu'on les dégèle peu à peu, elles ne se gâtent point.

Je n'entreprendrai pas de décider s'il y a en ce point une si exacte conformité entre les parties d'un animal & celles d'un végétal, qu'il soit nécessaire de gouverner de la même façon un membre gelé. Peutêtre qu'il y a en cela du préjugé. Quoi qu'il en soit, on ne sauroit se beaucoup tromper en suivant cette pratique, parceque dans notre climat nous ne rencontrons pas souvent des cas de cette nature; & lorsque nous en rencontrons, il se trouve ordinairement que le malade en se retirant dans une maison ou un hôpital est pansé pour la premiere fois avant que le Chirurgien le visite; en sorte que la méthode commune de traiter cette gangrêne est sans danger,

à cauſe des principes ſur leſquelles elle eſt fondée. Mais dans les armées, durant les campagnes d'hiver, cette ſorte de mortification ſe rencontre fort ſouvent : c'eſt pourquoi il eſt important à un Chirurgien d'armée de ſavoir au juſte comment il faut la traiter.

Outre les fomentations vineuſes, qui ſont aujourdui univerſellement approuvées, l'eau de la mer, l'urine, la ſolution de ſel ammoniac, les leſſives, & pluſieurs autres fomentations, ont été en vogue. La chaleur appliquée de différentes manieres, comme avec des briques chaudes, des pains chauds, &c. a eu auſſi ſes partiſans. On a auſſi inventé différentes ſortes de cataplaſmes. Mais à préſent tous les praticiens ſemblent reconnoître, que les fomentations ordinaires, avec une certaine portion d'eſprit de vin, ont pour le moins autant de vertu qu'aucune des autres ; & la thériaque de Londres eſt un cataplaſme auſſi puiſſant qu'aucun autre qui ſoit maintenant en uſage.

Il faut employer ces remédes dez

qu'on commence à ſoupçonner une gangrêne prochaine, & ils ſont pareillement néceſſaires lorſque la gangrêne s'eſt manifeſtée. Mais ſi elle a acquis une certaine profondeur, ils ſont trop foibles : c'eſt pourquoi les Chirurgiens conviennent généralement que dans ce cas-là il faut ſcarifier la partie gangrenée, afin de pouvoir appliquer des topiques, & de donner en même tems iſſue à la ſanie qui eſt logée dans l'eſcarre. D'ailleurs on croit qu'au moyen des ſcarifications les parties vivantes qui ſont deſſous, ſouffriront moins d'étranglement, & qu'étant plus en liberté elles ſeront en conſéquence moins ſujettes à ſe gangrener.

Pour remplir plus efficacement ces vûes, on recommande de pouſſer les inciſions juſqu'au vif, & on dit que c'eſt le ſeul moyen de rappeller le ſang & les eſprits vers l'endroit qu'ils avoient abandonné (1) : mais on n'explique pas fort clairement de quelle maniere ces inciſions produiſent cet effet.

Pour moi j'avoue que je doute des

(1) Guiſard, pag. 439.

grands avantages que l'on prétend retirer de ſcarifier juſqu'au vif. J'appréhende que ſouvent cela ne ſerve plutôt à augmenter le mal qu'à le diminuer : & Wiſeman (1), quoique ami de cette méthode, déclare qu'il a quelquefois vû des tendons bleſſés pour l'avoir ſuivie trop exactement ; & il dit que quand cet accident arrive, la gangrêne augmente.

J'eſtime donc que des ſcarifications pouſſées à peu près juſque dans la membrane adipeuſe, ſont aſſez profondes pour le deſſein qu'on ſe propoſe, au moins dans les parties tendineuſes, comme au pié, où il y a un ſi grand nombre de tendons, & au côté externe de la jambe, qui eſt couvert d'une forte aponevroſe.

On objectera peutêtre, qu'en défendant de bleſſer la membrane des muſcles, on les laiſſe dans l'état d'étranglement où les tient cette membrane. Mais je penſe que l'opinion d'un étranglement des muſcles dans cette circonſtance vient d'une fauſſe idée que l'on ſe fait de la ſtructure de

(1) Vol. 2. page 215.

leur membrane : car on croyoit autrefois que chaque muſcle étoit contenu dans ſa membrane propre comme dans une gaîne ; au lieu qu'on ſait maintenant, que chaque fibre du muſcle eſt envelopé de cette membrane Et c'eſt peutêtre auſſi de cette fauſſe idée qu'eſt venue la maxime de ſcarifier la membrane des muſcles, afin de les mettre en liberté.

Lorſque les ſcarifications & les autres remédes ne réuſſiſſent pas, la pratique de tous les tems depuis Hippocrate juſqu'au commencement de ce ſiécle, a été de cautériſer l'eſcarre. Le célébre Aphoriſme (1) que cet auteur a laiſſé touchant l'efficacité du feu, a fait employer le cautère preſque en toute occaſion. On croyoit dans les gangrênes, que le principe ou virus putrifiant étoit emporté avec les ſucs que le fer chaud deſſèchoit. On croyoit pareillement, que ce procédé aidoit extrêmément la ſéparation des eſcarres ; &, ce qui étoit plus im-

(1) *Illi affectus qui medicamentis non ſanantur, ferro ſanantur : qui ferro non ſanantur, igne ſanantur : qui igne non curantur, hos exiſtimare oportet inſanabiles.*

portant, on s'imaginoit ranimer la vie de la partie en y attirant les eſprits, & en la délivrant de toute humidité.

J'ai employé ici le langage de tous ceux qui ont écrit ſur cette matiére; & il ſeroit difficile de trouver dans la Chirurgie un exemple plus remarquable de la fallibilité humaine que celui-ci: car après une pratique continuelle de plus de deux mille ans, ce reméde tant vanté, & dont les vertus étoient regardées comme évidentes par la raiſon & par l'expérience, eſt enfin decrédité, & ne s'employe jamais pour arrêter une gangrêne.

Il a eu le même ſort par rapport à pluſieurs autres maladies, pour leſquelles on l'eſtimoit autrefois une eſpèce de ſpécifique. Mais il n'a perdu ſa réputation que peu à peu. Lorſqu'on le retrancha du nombre des remédes pour la gangrêne, on le réſerva néanmoins pour les tumeurs & excroiſſances carcinomateuſes, dans la perſuaſion qu'il détruiroit tout le virus qui demeureroit caché près des cancers extirpés. Et maintenant qu'on ne s'en ſert plus pour cette maladie, on

continue de l'employer pour la carie des os, en vûe d'avancer l'exfoliation. Mais je penſe qu'on n'eſt pas mieux fondé à l'employer dans ce dernier cas que dans les autres : en ſorte que, ſuivant toute apparence, il ſera peu à peu rejetté univerſellement, même pour l'exfoliation des os. La choſe eſt déja faite en Angleterre : mais il faut plus de tems pour déraciner entiérement de pareils préjugés.

Les autres méthodes de détruire la gangrêne, ſoit par le cautère potentiel, ſoit par l'amputation, ſont ſi juſtement condamnées, que je ne m'amuſerai pas à examiner ce qu'elles valent. Mais il s'eſt introduit depuis peu dans la Grande Bretagne pour le traitement de cette maladie, une nouvelle méthode qui fait préſentement du bruit dans les autres parties de l'Europe, & qui mérite par conſéquent notre attention. On comprend d'abord, que je veux parler du quinquina. En effet, il a été tellement vanté depuis quelques années pour ſa vertu d'arrêter la gangrêne, que le cautère même n'étoit pas plus eſtimé chez les anciens

que cette écorce l'est de quelques modernes.

Je sais que plusieurs regarderont comme une espèce de scepticisme, de revoquer en doute l'efficacité de ce reméde, tandis qu'elle est si bien établie par une infinité de cas : & néanmoins je dirai franchement, que je n'ai jamais pû trouver de preuves qui fissent voir évidemment & de maniere à me satisfaire, que le quinquina mérite la préférence sur les cordiaux qu'on a coutume d'ordonner, quoique j'en ai longtems fait l expérience, à dessein de m'instruire de la vérité.

Il paroîtra peutêtre étrange de combattre ainsi une doctrine établie sur des faits. Mais j'observerai ici, que dans la pratique de la Medécine & de la Chirurgie il est souvent extrêmément difficile d'établir la certitude d'un fait. Le préjugé, ou le manque de lumieres, nous trompe quelquefois dans nos jugemens sur des choses où il y a évidemment du vrai & du faux : mais de distinguer en certain cas jusqu'à quel point le reméde & la nature opérent, cela est probablement

au-dessus de notre intelligence. Dans la gangrêne particuliérement, il y a souvent une telle complication de circonstances inconnues, qu'elle ne peut manquer d'induire en erreur un observateur qui n'est pas bien attentif.

Les mortifications qui viennent uniquement de froid ou de compression, cessent d'ordinaire dez que la cause est ôtée, & par conséquent sont rarement des cas propres à démontrer la vertu du quinquina. Il y a cependant deux sortes de gangrênes où les remédes internes réussissent mieux; je veux dire une gangrêne qui vient des causes internes, & une qui vient de violens accidens externes, comme de plaies d'armes à feu, de fractures compliquées, &c. Or, même dans ces cas-là, on ne sauroit juger avec une certitude absolue de l'effet de ces remédes: car quelquefois une mortification qui provient de causes internes, est une espèce de maladie critique, dans laquelle une certaine portion du corps est destinée à périr, & aucune autre de plus.

C'est de quoi nous avons une infi-

nité d'exemples dans nos hôpitaux, où nous voyons la gangrêne s'arrêter dans un certain endroit ſans le moindre ſecours de l'art. La même choſe arrive dans les autres eſpèces de gangrênes cauſées par des accidens violens, dans leſquelles on obſerve que le mal s'étend juſqu à une certaine diſtance, & non au-delà. Mais je remarquerai ici en paſſant, & cela contre l'opinion reçue, que les gangrênes qui viennent de violens accidens externes où l'on n'a pas employé un bandage ſerré, ſont auſſi ſouvent mortelles que celles qui viennent de cauſes internes

De la maniere que j'ai établi le fait, on voit combien il eſt difficile de prouver avec certitude l'efficacité du quinquina dans la gangrêne : car s'il produiſoit à un certain point dans cette maladie les merveilleux effets qu'il produit dans les maladies pariodiques, on ne douteroit pas plus de ſon excellence dans le premier cas que dans les autres. Ce qui, ſelon moi, a donné tant de réputation au quinquina pour arrêter la gangrêne, c'eſt le grand

nombre d'obſervations détachées qui ont été publiées ſur ce ſujet, & dont les auteurs n'ayant pas ſouvent des occaſions de voir l'iſſue de cette maladie lorſqu'elle eſt traitée par des cordiaux, &c. & quelques-uns d'eux étant peutêtre prevenus de l'opinion commune, que toute gangrêne eſt d'elle même mortelle, ils ont en conſéquence attribué au quinquina une vertu merveilleuſe lorſque le ſuccès a été heureux.

Après avoir examiné juſqu'ici quelques-uns des points les plus eſſentiels qui regardent le traitement de la gangrêne, il me reſte à conſidérer quel eſt le tems le plus convenable pour l'amputation, lorſque tous les efforts que l'on a faits pour arrêter le progrès de la maladie ont été inutiles. Ici tout le monde a été de même avis : on a appliqué rigoureuſement à la mortification la fameuſe maxime, *Enſe recidendum, &c.* & la vûe d'une mort prochaine & inévitable ſans cela, a toujours empêché de douter le moins du monde que l'amputation ne fût le remède le plus convenable.

Mais le tems a enfin produit dans ce cas-là même la plus remarquable révolution. Une gangrêne qui s'étend avoit été regardée juſqu'ici comme la principale raiſon de couper un membre, & maintenant c'eſt une raiſon contre; & quelques-uns des plus grands Chirurgiens d'Angleterre diffèrent l'amputation non-ſeulement juſqu'à ce que la gangrêne ſoit arrêtée, mais encore juſqu'à ce que la ſéparation en ſoit avancée.

La meilleure raiſon qu'on puiſſe donner d'un ſi grand changement de pratique, c'eſt le ſuccès extrêmément malheureux qu'avoient les amputations dans les gangrênes qui s'étendoient. Tous les auteurs parlent en effet de ces amputations comme ayant le plus ſouvent des ſuites funeſtes, ſurtout dans les gangrênes qui venoient des cauſes internes : & quiconque voudra ſe donner la peine de lire les hiſtoires de ces cas-là, trouvera que la choſe n'eſt que trop bien prouvée par les exemples. Je tâcherai d'expliquer d'où venoit le malheureux ſuccès de cette opération.

J'ai déja dit qu'il y a des gangrênes qui ſont d'une nature critique, & dans leſquelles la mortification s'étend juſqu'à un certain endroit : mais nous n'avons pas de moyen pour juger quelle ſera cette étendue ; & par conſéquent ne ſachant pas où la mortification s'arrêtera, nous ne ſaurions déterminer l'endroit où il faut couper. J'ai cependant crû que ſi on coupoit le membre au-deſſus de l'endroit juſqu'où la gangrêne ſe ſeroit étendue, le malade pourroit vraiſemblablement guérir : mais je penſe que cela arrive rarement : car juſqu'à ce que la nature ſe ſoit entiérement débarraſſée du virus putrifiant, c'eſt-à-dire, juſqu'à ce que la gangrêne ſoit tout-à-fait arrêtée, la cauſe de la mortification continue de ſubſiſter ; & nonobſtant que la partie ſur laquelle elle ſe ſeroit jetté n'exiſte plus, elle ſe jettera néceſſairement ſur une autre. Auſſi a-t-on ſouvent trouvé par expérience, qu'après une amputation pour une gangrêne qui s'étendoit, celle-ci a tout de ſuite attaqué le moignon, ou quelque autre partie du corps. Ce qui ſuffit

pour montrer l'abſurdité qu'il y a de faire l'amputation pendanr que la gangrêne s'étend, & qui prouve que la maladie n'eſt pas auſſi locale qu'on le croyoit anciennement.

De plus, ſi par le grand âge ou par quelque maladie le ſang ſe trouve tellement apauvri qu'il ait perdu ſa qualité nutritive ; & ſi les orteils, par exemple, commencent à ſe gangrener avant toute autre partie, uniquement parceque la circulation y eſt plus languiſſante, ce qui par conſéquent les diſpoſe à reſſentir les premiers effets d'un ſang depravé ; dans ce cas-là encore, l'abſurdité de l'amputation eſt évidente : car ſi la mortification vient de la cauſe que j'ai dite, il eſt impoſſible de connoître aſſez exactement l'état du ſang pour décider quelle quantité de l'extrêmité gangrenée doit périr ; & ſans cette connoiſſance, il eſt téméraire de faire l'amputation.

Si donc dans les cas dont j'ai parlé, il eſt à propos d'attendre que la mortification ſoit arrêtée, il n'eſt pas douteux qu'on ne doive attendre la même

chose dans les gangrênes qui sont produites par des artères ossifiées. A la vérité la maladie n'est pas commune ; cependant il n'est point d'anatomiste qui n'ait vû de pareilles ossifications. Dans ce cas-là, comme on croit que la gangrêne vient d'un manque d'élasticité dans les vaisseaux, son étendue doit se déterminer par l'étendue de la maladie dans les artères ; & comme on ne sauroit peutêtre savoir jusqu'à quel point elles sont affectées, on ne sauroit peutêtre non plus déterminer en quel endroit la mortification cessera.

Ces raisonnemens ne conviennent pas tout-à-fait de même dans les gangrênes qui viennent de violens accidens externes : néanmoins il paroît également dangereux dans ces gangrênes même de faire l'amputation tant que la mortification s'étend. Dans ces cas-là le membre est ordinairement enflammé & tumefié jusqu'à une hauteur considérable au-dessus de la gangrêne, & même affecté à un certain point au-dessus de l'endroit de l'amputation. Or quelque légére que cette affection

affection paroiſſe, l'expérience a montré qu'elle retient ſouvent les ſemences d'une gangrêne future, qui ſe manifeſte de nouveau après l'opération : &, ce qui eſt fort remarquable, on lit de quelques illuſtres Chirurgiens (1), qu'ils étoient ſi peu aſſurés de ne laiſſer après l'opération aucun virus gangreneux, que lorſqu'ils croyoient couper une partie ſaine, ils la trouvoient entiérement gangrenée, en ſorte qu'il ne ſortoit pas une ſeule goute de ſang par l'inciſion. Si donc on n'eſt pas aſſuré qu'il n'y ait pas le levain d'une autre gangrêne au-deſſus de l'endroit de l'amputation, c'eſt une nouvelle preuve, que la doctrine que j'ai établie doit auſſi bien avoir lieu pour les gangrênes qui viennent de cauſes externes que pour celles qui viennent de cauſes internes.

Mais une autre raiſon qui paroît beaucoup plus importante à cet égard que toutes celles que j'ai alléguées juſqu'à préſent, c'eſt le mauvais état de la ſanté du malade pendant que la gangrêne s'étend, de quelque eſpèce

(1) Saviard, obſerv. 16.

que ſoit celle-ci : car alors le ſang eſt ſouvent ſi diſſous qu'il a même perdu ſa couleur vermeille ; & il n'eſt pas extraordinaire qu'en conſéquence de cette diſſolution il ſurvienne de funeſtes hémorragies, non pas des grands vaiſſeaux, mais d'une infinité de petits vaiſſeaux dans tous les endroits du moignon. Ainſi le ſeul danger d'une hémorragie eſt une autre objection contre la doctrine que je combats.

Mais quand on échaperoit ce danger, la nature ne laiſſeroit pas ordinairement de ſuccomber dans une opération ſi violente, où le ſang eſt privé de ſes qualités balſamiques, & les forces du malade ſi fort épuiſées.

Toutes ces raiſons prouvent évidemment la néceſſité qu'il y a de différer l'opération, non-ſeulement juſqu'à ce que la mortification ſoit arrêtée, mais encore juſqu'à ce que la ſéparation ſoit bien avancée : car par ce moyen, & avec le ſecours d'un traitement convenable, le ſang ſe raccommodera & reprendra une conſiſtence légitime, & le malade ſera plus en état de ſoutenir les fatigues & le danger de l'opération.

Durant ce tems-là il faudra envelopper le membre gangrené avec des bandages trempés dans une liqueur ſpiritueuſe ou aromatique, afin d'empêcher le progrez d'un mal ſi funeſte ; ou ſi le membre eſt entiérement gangrené, il faudra en couper une bonne quantité à quelque diſtance au-deſſous de la partie ſaine. Par cette méthode on diminuera la puanteur, & le malade ſera beaucoup ſoulagé, comme je l'ai ſouvent éprouvé.

Il y a peu de branches de la Chirurgie qui depuis le tems des anciens aient été plus eſſentiellement perfectionnées, que la méthode de l'amputation. Celſe (1) dit que le malade mouroit ſouvent dans l'opération, ſoit par l'hémorragie, ſoit par l'épuiſement des forces. Ces accidens détournoient extrêmément les Chirurgiens de faire cette opération ; & c'eſt de quoi nous avons un exemple remarquable dans les écrits d'Albucaſis, qui refuſa de couper la main à un homme uniquement à cauſe de cela. Il dit cependant, que le malade dans ſon

(1) Page 497.

déſeſpoir ſe fit lui-même l'opération ; & qu'il guérit (1). Ainſi il n'eſt pas étonnant que nous trouvions dans les écrits des anciens ſi peu d'hiſtoires d'une opération où ſouvent le malade périſſoit tout-à-coup ; & il n'eſt pas ſurprenant non plus, que les hommes s'y ſoient ſoumis pour une maladie auſſi déſeſpérée & auſſi rapide que la gangrêne plutôt que pour la plûpart des autres maladies, qui gagnent lentement, & qui d'ordinaire laiſſent quelque eſpérance, quoique mal-fondée.

Les anciens Chirurgiens, & même ceux des derniers tems, avoient en faiſant l'amputation trois principaux deſavantages, auſquels on a remédié à meſure que la Chirurgie s'eſt perfectionnée. Ils ne connoiſſoient pas la double inciſion, en ſorte que l'os débordoit toujours conſidérablement. Ils n'avoient point de tourniquet, & par conſéquent ne pouvoient pas ſi bien ſe rendre maîtres de l'hémorragie. Enfin ils manquoient de l'aiguille courbe,

(1) Albucaſis, page 244.

de laquelle nous retirons de si grands avantages.

Le premier inconvénient dont j'ai parlé comme étant une suite de l'ancienne méthode d'amputer, étoit le débordement de l'os : car en faisant l'incision tout droit jusqu'à l'os & d'une seule fois, les muscles & la peau se retiroient ensuite, & laissoient à nud une portion considérable de l'os, ou si peu couverte, qu'elle périssoit toujours, & rendoit l'exfoliation nécessaire. Cette exfoliation étoit souvent un ouvrage long & douloureux, & qui en empêchant la guérison de la plaie, réduisoit fréquemment celle-ci en ulcère habituel : ou si la plaie guérissoit, la cicatrice étoit si grande & le moignon si pointu, qu'il se rouvroit facilement.

Ces malheurs venoient uniquement du défaut de peau lâche dans le voisinage de la plaie : car la cicatrice ne se forme pas par la simple génération d'une nouvelle peau, mais par l'allongement des fibres de la peau voisine, lesquelles se portent vers le centre de la plaie ; & la cicatrice ne commence

à ſe former que lorſque la peau ne peut plus s'étendre. D'où il s'enſuit clairement, que plus la peau eſt lâche, plus auſſi la plaie guérira promtement, & plus petite ſera la cicatrice.

Mais quoique les anciens Chirurgiens n'appliquaſſent pas cette maxime à la pratique auſſi utilement que font préſentement les modernes, ils ne laiſſoient pas de faire quelques efforts pour cela : car avant que de couper un membre ils retiroient de toute leur force la peau en arriére, afin qu'après l'amputation ils puſſent en amener une plus grande quantité ſur l'extrêmité de l'os, & obvier en quelque ſorte aux inconvéniens dont j'ai parlé.

Il ſemble que ce ſont là tous les moyens qu'ils connoiſſoient pour parvenir à une fin ſi importante ; à moins qu'on n'admette que Celſe avoit quelque idée de la double inciſion ; & pour dire là-deſſus mon ſentiment, je crois qu'on ne ſauroit en douter. Dans ſon chapitre de la gangrêne il eſt par malheur encore plus concis qu'à l'ordinaire : j'eſtime toutefois qu'il dit expreſſément, qu'après que l'on à coupé

jusqu'à l'os, il faut tirer en arriére les muscles, & couper ensuite profondement autour de l'os, de façon qu'on en mette une portion à découvert; après quoi on le sciera le plus près de la chair qu'il sera possible. Celse ajoute que par cette méthode la peau sera assez lâche pour couvrir presque l'os.

J'ai peutêtre mal pris le sens de cet auteur. Mais si je l'ai bien pris, c'a été un grand malheur pour le genre humain, qu'une instruction si utile ait été ou négligée ou mal entendue. Il est certain néanmoins qu'aucun auteur n'a copié en cela Celse; & la double incision, telle qu'on la pratique aujourdui, est de l'invention d'un autre grand homme (1), à qui la postérité sera à jamais redevable pour les services signalés qu'il a rendus à la Chirurgie.

Il faut cependant avouer, que nonobstant les grands avantages de la double incision, les muscles, & peutêtre même la peau, ont une telle disposition à se contracter, que malgré tous les bandages ils se retirent de l'os, sur-

(1) Cheselden.

tout à la cuiſſe, & rendent quelquefois le traitement fort long.

Pour remédier à cet inconvénient, j'ai employé depuis peu en quelques occaſions la ſuture en croix, que je conſeille de faire de la maniere ſuivante dans une amputation de la cuiſſe.

Prenez une aiguille à ſéton & enfilez-là d'environ huit fils de ſoie crue, en ſorte que quand ils ſeront doublés, la ligature ſoit de ſeize fils d'environ douze ou quatorze pouces de long. Cirez-là raiſonnablement, & rangez les fils de façon que la ligature ſoit plate, reſſemblant à un ruban : huilez-là enſuite, & auſſi le bord de l'aiguille. L'applatiſſement de la ligature empêchera qu'elle ne traverſe auſſi rudement la peau qu'elle feroit ſi elle étoit ronde, & l'huile lui facilitera le paſſage. Conduiſez alors l'aiguille de dehors en-dedans à travers la peau à neuf lignes environ du bord du moignon, & faites la ſortir par le moignon à un demi-pouce environ de ſon bord. Après cela vous la paſſerez par le côté oppoſé du moignon, de dedans en dehors

dehors, préciſément à la même diſtance du bord de la plaie. Cela étant fait, vous nouerez la ſoie avec un neud coulant.

Vous répéterez le même procédé avec une autre aiguille & un pareil nombre de fils de ſoie, de telle maniere que les deux ligatures ſe croiſent l'une l'autre à angle droit. Si la cuiſſe eſt groſſe, il faudra que les bords de la plaie ſoient aſſez rapprochés l'un de l'autre, pour que ſon diametre n'ait que trois ou quatre pouces de longueur. Mais dans le moignon dont nous parlons, & dans tous les autres, le rapprochement plus ou moins grand des bords de la plaie dépend de la lâcheté de la peau, & de la quantité que l'on en conſerve par une double inciſion adroitement faite : car la peau ne doit pas être tirée toute à la fois ſi fortement qu'elle ſoit diſtendue, de peur de cauſer de l'inflammation & de la douleur.

La maniere de faire la ſuture en croix après l'amputation de la jambe n'a rien de particulier, ſinon que les fils doivent être conduits entre le tibia

& le péroné, plutôt que directement par-dessus le tibia; & avant que de tirer la peau sur le bout du moignon, il faut mettre un plumasseau sur les bords du tibia, afin d'empêcher qu'ils ne blessent la peau.

J'ai conseillé de nouer les fils de soie avec un neud coulant, afin qu'en cas d'une hémorragie on puisse les défaire pour découvrir plus aisément le vaisseau; & que s'il survient une tension, on puisse les lâcher pendant trois ou quatre jours, & les renouer ensuite lorsque la suppuration viendra & que les parties seront plus en liberté.

On objectera peutêtre, que la double incision suffit seule pour remplir l'intention que l'on a en faisant cette ligature. Mais tous ceux qui sont versés dans cette branche de la pratique savent, que nonobstant l'état lâche de la peau & des muscles dans le tems de l'opération, ils ne laissent pas au bout de quelques jours de se retirer considérablement de dessus l'os; & surtout dans la cuisse ils se retirent si fort qu'aucun bandage ne peut les maintenir. D'où il arrive que la plaie

s'aggrandit à proportion, que le traitement est long, & le moignon pointu.

Il faut remarquer aussi, que le bandage serré que l'on employe pour soutenir la peau & les muscles de la cuisse, non-seulement cause de la douleur, mais peut encore, suivant toute apparence, empêcher la guérison de la plaie en interceptant la nutrition : car il est certain qu'étant continué longtems il gâte le moignon ; & je crains qu'il ne contribue aussi à produire ces abscès qui se forment quelquefois entre les muscles en différens endrois de la cuisse.

Il reste donc à savoir si la ligature en question soutiendra la peau & les muscles plus efficacement que le bandage, sans causer quelque nouvel accident ; & c'est un point qu'on ne sauroit décider que par l'expérience. Il est vrai que cette méthode a été suivie par quelques-uns de nos devanciers : mais les objections contre ont absolument prévalu sur les raisons qui la favorisent ; car peu de gens savent même aujourdui qu'elle ait jamais été pratiquée. Je ne saurois cependant

m'empêcher de croire que le caprice a peutêtre eu plus de part à la faire tomber entiérement, que la raison & l'observation ; car quelques-uns des plus habiles & des plus sincéres praticiens (1) disent positivement qu'elle leur a merveilleusement réussi. Et quant à l'inflammation & la fiévre symptomatique que l'on a crû que cette ligature produisoit ; comme on pouvoit toujours y remédier en coupant ou en lâchant les fils de soie, il ne paroît pas qu'il y ait eu de fondement raisonnable d'abandonner une méthode si avantageuse.

Mais si les objections contre cette méthode avoient quelque force lorsque l'on ne faisoit qu'une seule incision, elles en ont beaucoup moins présentement que l'on fait une double incision : car quoique la double incision n'empêche pas entiérement les muscles de se retirer de l'os, elle ne laisse pas de les en empêcher à un tel point qu'ils peuvent souffrir les points d'aiguille sans qu'il survienne ni in-

(1) Paré, page 30. Wiseman, vol. 2. page 230.

flammation ni douleur ; à quoi ils étoient beaucoup plus ſujets après une ſeule inciſion.

Il faut cependant remarquer qu'ils tirent avec aſſez de force pour faire que les fils de ſoie s'uſent dans la peau & la chair en douze ou quatorze jours : mais cela s'opére ſi inſenſiblement qu'il en réſulte très-peu de douleur ou d'inflammation : & quoique les fils de ſoie s'en aillent d'eux-mêmes en conſéquence lorſqu'on panſe la plaie, néanmoins la peau & les muſcles ſont alors fixés, & un bandage léger ſuffit pour les maintenir dans la même ſituation.

J'avoue que ces points de ſuture ſont un ſurcroit de douleur dans l'opération ; quoique cette douleur ne ſoit pas auſſi grande qu'on pourroit d'abord s'imaginer : car que l'on paſſe une groſſe aiguille à travers la chair ſans ſerrer les fils, c'eſt une choſe fort ſupportable en comparaiſon d'une ligature ſerrée. Mais quelle que puiſſe être l'augmentation de douleur dans le moment préſent, on en eſt bien dédommagé par le ſoulagement que

l'on éprouve enſuite : & , ſi je ne me trompe , il y a encore une autre raiſon beaucoup plus forte qu'aucune de celles que j'ai données ; c'eſt que la vie eſt moins en danger.

Car la fiévre ſymptomatique , & le grand danger qui accompagne une amputation , ne ſemblent pas venir ſimplement de la violence faite à la nature par la douleur de l'opération & la ſéparation du membre , mais auſſi des difficultés qui accompagnent les grandes ſuppurations ; & cela eſt évident par ce qui arrive dans les plaies fort grandes & qui ſont tellement diſpoſées qu'elles peuvent ſe guérir par inoſculation , ou , comme les Chirurgiens s'expriment, par la premiere intention : car alors on voit que leur guériſon s'opére ſans aucun grand mouvement ; au lieu que la même plaie , ſi on l'avoit laiſſée ſuppurer , auroit occaſionné une fiévre ſymptomatique , &c. Or , dans ces deux exemples la violence que ſouffre la nature par la ſimple opération eſt la même , ſoit qu'on couſe la plaie , ou qu'on la laiſſe ſuppurer.

Sur ce principe, on peut rendre raiſon pourquoi il y a moins de danger en ſuivant la méthode que je propoſe. C'eſt que, comme les points de ſuture maintiennent la chair & la peau ſur l'extrêmité du moignon juſqu'à ce que l'une & l'autre demeurent fixes dans cette ſituation, ils diminuent actuellement par ce moyen la ſurface de la plaie, & en conſéquence la ſuppuration ; & par conſéquent le danger qui vient de la ſuppuration.

On ne comprend peutêtre pas aiſément, comment il eſt poſſible de diminuer ainſi tout-à-coup une plaie par aucun moyen : mais on le concevra mieux ſi l'on fait attention à ce que j'ai déja dit de la guériſon d'une plaie : car en employant la ligature on opére tout d'un coup par l'art ce qui dans les autres méthodes demande beaucoup de tems pour être opéré par la nature ; & avec cet avantage, que quand la plaie eſt réduite à un ſi petit eſpace, la peau eſt dans un état plus lâche que lorſqu'elle a été amenée en devant par les points de ſuture ; en conſéquence de quoi la guéri-

ſon ſera plutôt achevée.: car plus la peau d'autour de la plaie eſt lâche, moins il y aura de cicatrice : or la cicatriſation eſt ce qui ſe fait le plus lentement dans la guériſon. Il paroît donc par les raiſons que j'ai alléguées, qu'au moyen de la ligature non-ſeulement ou réduit la plaie à un plus petit eſpace en moins de tems, mais auſſi qu'on la met dans une meilleure diſpoſition de guérir entiérement.

On a tenté depuis quatre-vingt ans de rendre les amputations moins dangereuſes en inventant une méthode de guérir la plaie par inoſculation. Le premier eſſai de cette eſpèce ſe voit dans le *Currus Triumphalis è Terebintho*, imprimé à Londres en 1679. quoique le mérite de l'invention ſoit attribué à Verduin ou à Sabourin, qui ſe la diſputerent l'un l'autre pluſieurs années après. Mais il eſt très-probable que tous deux avoient eu d'Angleterre la premiere idée de cette méthode ; car la réputation de l'auteur du *Currus Triumphalis* & l'importance du ſujet me font croire que ſon livre a dû être commun en ce tems-là.

Leur maniere de couper la jambe étoit de conserver un grand lambeau de la peau & du muscle gastrocnemien, coupé d'une telle forme, qu'étant amené sur le bout du moignon il pût couvrir exactement la plaie, & qu'y étant attaché par quelques points d'aiguille, ou par une emplâtre ou un bandage, il pût se consolider par inosculation. Je n'entrerai pas dans un grand détail de cette opération, parcequ'aujourdui elle est universellement condamnée ; & je me contenterai d'observer que l'impossibilité fréquente d'arrêter l'hémorragie sans ligature ou sans cautère & le danger d'enfermer dans la plaie quelques particules d'os qui peuvent ensuite s'exfolier après que le lambeau est réuni, sont les deux principales objections contre cette méthode. M. Rabaton & M. Vermal l'ont perfectionnée, en faisant deux lambeaux opposés, & en les unissant l'un à l'autre après avoir lié les vaisseaux.

M. Le Dran a décrit (1) cette méthode, & paroît l'approuver, l'ayant

(1) Page 565.

une fois pratiquée lui-même avec succès. Mais comme il ne parle ni de l'âge du malade ni du membre qu'il coupa, on ne sauroit faire beaucoup de fond sur cet exemple.

Je crois au reste, que cette opération n'a pas été beaucoup pratiquée; & autant que j'ai pû m'instruire là-dessus, je trouve que quand elle l'a été, elle a très-peu répondu à ce qu'on en attendoit. Mais lorsqu'elle a eu du succès, elle a confirmé la doctrine que j'ai établie, savoir, que la fiévre symptomatique & le danger où est le malade ne viennent pas de la violence de l'opération, mais que ce sont des effets de la suppuration: car dans les cas où cette opération a réussi, on dit que la guérison s'est opérée avec très-peu de danger ou de peine pour le malade.

Je vais maintenant examiner le second inconvénient de l'amputation que faisoient les anciens Chirurgiens, & c'étoit le manque de tourniquet, qui sert à lâcher la ligature comme on veut pendant l'opération. A la place de tourniquet ils se servoient

d'un bandage qu'ils mettoient au-dessus de l'endroit de l'amputation, & dont ils serroient suffisamment les tours pour qu'il pût comprimer les vaisseaux & les empêcher de saigner. Mais le malheur étoit, que tandis que le bandage étoit serré on n'appercevroit pas les orifices des vaisseaux; & qu'au moment qu'on le défaisoit, le sang se trouvant en liberté sortoit si abondamment, qu'avant qu'on pût l'arrêter le malade périssoit quelquefois.

Cet inconvénient fit inventer une nouvelle maniere de comprimer les vaisseaux, qui étoit de serrer avec la main le gros vaisseau de la cuisse ou du bras, & de l'abandonner de tems en tems, comme nous lâchons maintenant le tourniquet afin de découvrir l'orifice du vaisseau qui saigne. Mais Paré & Wiseman disent qu'il y avoit peu de gens capables de comprimer suffisamment les vaisseaux avec la main: c'est pourquoi ils préférent l'ancienne ligature.

Les Chirurgiens des derniers tems ne regardoient pas cependant l'hémor-

ragie prodigieuſe dont les amputations étoient ſuivies, comme un auſſi grand malheur qu'on feroit aujourdui. Ils eſtimoient qu'une grande perte de ſang étoit alors ſalutaire; & lorſqu'ils étoient maîtres d'arrêter à leur gré l'hémorragie, ils ſuſpendoient pour quelque tems l'opération, afin que le moignon pût ſaigner abondamment; croyant que le ſang qui étoit près de la partie mortifiée retenoit le principe gangreneux, & qu'ainſi il étoit néceſſaire de l'évacuer (1).

Mais quelque peu convenable que doive paroître le bandage en comparaiſon du tourniquet, il valoit encore infiniment mieux que la méthode des anciens, qui dans l'amputation n'employoient du tout point la compreſſion, comme nous l'apprenons de Paul Eginete (2), qui dit que Leonide, pour obvier au danger de l'hémorragie pendant la longueur du tems néceſſaire pour ſcier l'os, avoit ingénieuſement conſeillé de ne faire l'inciſion autour de l'os que juſqu'aux gros

(1) Hildanus, page 803.
(2) Liv. 6. chap. 84.

vaisseaux sans les blesser, & de scier ensuite l'os avant que de les couper.

La découverte du tourniquet, de même que plusieurs autres découvertes utiles, paroît si naturelle quand une fois on la connoît, qu'il y a lieu de s'étonner que tout Chirurgien accoutumé à faire des amputations ne l'ait pas imaginée. Il est certain néanmoins que jusque vers la fin du dernier siécle personne ne s'étoit jamais servi de tourniquet. Le premier ouvrage où il en soit parlé, c'est le *Currus Triumphalis, &c.* (1) Je cite tout exprès l'endroit où l'auteur le recommande comme une nouvelle invention. Dionis dit cependant que Morel inventa cet instrument au siége de Besançon en 1674. Quoi qu'il en soit, il est évident qu'on s'en servit pour la premiere fois entre les années 1670 & 1680.

En 1718. M. Petit inventa une autre sorte de tourniquet, qui ayant une vis peut se manier au gré de l'opérateur, & ne demande pas un aide, comme le tourniquet ordinaire. Il

(1) Page 30.

comprime aussi l'artère plus particuliement que l'autre, & à cause de cette circonstance il est très-avantageux de le laisser sur le moignon lorsqu'on appréhende une hémorragie. C'est encore une invention admirable pour arrêter une perte de sang jusqu'à ce que le Chirurgien puisse être prêt, lorsque dans une bataille, & durant la chaleur de l'action, il ne sauroit opérer aussi vite que les circonstances le demanderoient. Et on peut remarquer à cette occasion, que tout Chirurgien d'armée devroit être fourni de cinq ou six de ces tourniquets.

Après avoir parlé de la sorte en faveur du tourniquet de M. Petit, je dois aussi avouer, que lorsqu'on a le secours d'un aide, j'ai trouvé le tourniquet ordinaire plus commode : c'est pourquoi je l'employe toujours dans les amputations, plutôt que le tourniquet à vis.

Un autre défaut qu'avoient les amputations jusqu'à ce que l'usage d'employer l'aiguille eût été établi, étoit la difficulté d'arrêter le sang, quoiqu'un grand nombre d'applications

eussent passé l'une après l'autre pour infaillibles, comme il arrive ordinairement lorsqu'on ne connoît point de véritable spécifique. Le cautère actuel étoit assurément celle sur laquelle on devoit le plus compter ; aussi a-t-il été durant plusieurs siécles jusqu'à nos jours plus fréquemment employé qu'aucun des autres moyens. On trouve néanmoins dans les auteurs différentes objections que l'on faisoit contre cette pratique lors-même qu'elle étoit le plus en-vogue.

On disoit entr'autres choses, que si le cautère étoit trop chaud, l'escarre tomboit aussitôt ; & que s'il ne l'étoit pas assez, l'orifice du vaisseau saignant demeuroit ouvert ; & qu'ainsi dans les deux cas l'hémorragie continuoit. Je crois qu'il étoit difficile de règler le dégré convenable de chaleur : car on convenoit des deux côtés, que plusieurs malades mouroient dans l'opération par cette cause (1).

Mais outre les raisons Chirurgicales que l'on alléguoit contre le cautère actuel, l'horreur que cause na-

(1) *Currus Triumphalis*, page 14.

turellement un fer rouge, produisît dans quelques personnes une antipathie invincible contre cette méthode; en conséquence de quoi un bandage serré, de puissans astringens, des cautères potentiels, & même des applications pernicieuses, comme l'arsenic & le sublime corrosif, furent les moyens qu'employerent quelques Chirurgiens. On peut aisément deviner les funestes effets de cette derniere application. Mais entre plusieurs observations qu'on en rapporte, on parle de dix-neuf hommes qui tous, excepté un, moururent après une amputation, & dont la mort fût principalement attribué à la qualité pernicieuse du sublime corrosif (1).

Le grand danger & l'incertitude de ces méthodes d'arrêter le sang, ayant enfin ouvert les yeux à plusieurs grands Chirurgiens, l'usage de l'aiguille & de la ligature s'est introduit peu à peu dans la pratique. Cependant quelques modernes croyent encore avec nos prédécesseurs, que cette méthode doit avoir nécessairement

(1) *Currus Triumphalis* page 10.

des inconvéniens. C'eſt pourquoi je vais examiner les fondemens de cette opinion, en faiſant une courte diſſertation ſur l'aiguille & la ligature, &c.

Ambroiſe Paré fût le premier qui dans ces derniers tems rejetta le cautère actuel, & tâcha d'établir la ligature des vaiſſeaux. Il la mettoit en uſage dans toutes les amputations, ſe ſervant pour cela de pincettes propres à ſaiſir les artères; & il conſeille d'enfermer dans la ligature une portion de la chair qui environne le vaiſſeau, plutôt que de le lier ſeul, parceque de cette maniere il ſe conſolidera plus aiſément.

Mais ſi la ligature vient à s'échaper, ou à tomber de quelque façon que ce ſoit, alors il recommande de lier le vaiſſeau avec une aiguille & un fil, mais d'une autre maniere qu'on ne le pratique aujourdui: car l'aiguille qu'il employe eſt droite; circonſtance qui devoit la rendre fort difficile à manier, & qui obligeoit ce Chirurgien de la faire toujours paſſer à travers la peau, dans l'endroit du moignon qui étoit

le plus proche du vaiſſeau ſaignant. Et néanmoins, ce qui eſt très-remarquable en matiére de ſutures, il recommande une aiguille courbe pour recoudre une plaie profonde, quoiqu'il n'en ait pas adopté l'uſage pour la ligature des vaiſſeaux, où elle eſt infiniment préférable à une aiguille droite.

Il eſt remarquable auſſi, que quoiqu'il aſſure que ſa ligature n'étoit jamais tombée une ſeule fois lorſqu'il s'étoit ſervi de l'aiguille, il ſemble néanmoins n'avoir jamais employé l'aiguille dans les amputations que quand il avoit mal réuſſi en ſe ſervant de pincettes.

Il attribue à une faveur ſinguliere de la providence la découverte qu'il avoit fait de cette méthode : car il dit qu'il ne l'avoit jamais vû pratiquer, & n'en avoit jamais entendu parler, ſi ce n'eſt qu'il avoit lu dans un paſſage de Galien, qu'il n'étoit pas de plus prompt reméde pour arrêter le ſang dans les plaies fraîches, que de lier les vaiſſeaux vers leurs origines ; & il crût pouvoir appliquer cette

maxime aux vaiſſeaux d'un membre amputé.

Il rejette avec horreur la méthode ordinaire d'arrêter l'hémorragie par le cautère actuel. Il décrit la douleur que cauſoit l'application du feu, comme la douleur la plus cruelle, & qui produiſoit les plus terribles ſymptomes, en ſorte qu'à peine un tiers de ceux qui ſouffroient cette opération en échapoient, & que quelques-uns même mouroient dans l'opération. D'ailleurs il arrivoit ſouvent que l'eſcarre tomboit avant que les extrêmités des artères fuſſent fermées, d'où s'enſuivoient de nouvelles hémorragies, & par conſéquent il falloit recommencer autant de fois l'uſage du cautère : & s'il arrêtoit efficacement l'hémorragie, toujours cauſoit il une deſtruction des parties voiſines de l'os ; & mettant à découvert une grande portion de l'os, laiſſoit les malades ſans eſpérance de guériſon, & réduits pendant le reſte de leur malheureuſe vie à garder un ulcère, qui pour comble de malheur les mettoit abſolument hors d'état de porter une jambe de bois.

On dit de Paré, qu'il n'entendoit pas le latin (1), & cela doit être vrai; autrement je crois qu'il n'auroit pas manqué de lire dans Celſe (2) différens endroits où il recommande très-expreſſément la ligature. En effet Celſe parle ſi ſouvent & ſi familiérement de la ligature des vaiſſeaux, que l'uſage paroît en avoir été fort commun de ſon tems. Il défend même d'une maniere expreſſe le cautère actuel ou potentiel, à moins que le vaiſſeau ne ſoit ſitué de telle façon qu'on ne puiſſe le lier.

Lorſque Paré eut publié ſa nouvelle découverte, il fût attaqué avec beaucoup de véhémence par quelques-uns de ſes compatriotes, qui défendoient vivement l'uſage du feu, que les anciens leurs avoient tranſmis comme un remède preſque divin dans pluſieurs maladies. Paré eût la foibleſſe en cette occaſion de juſtifier ſa pratique par l'autorité d'Hippocrate, de Galien, d'Avicenne & de pluſieurs autres auteurs qui parlent légérement

(1) Voyez Goelickius.
(2) Liv. 5. chap. 26. liv. 7. chap. 19. 24.

de la ligature. En agiſſant ainſi il abandonnoit la gloire que méritoit ſa découverte ; mais cela ne ſervit de rien à ſa cauſe, & ne nuiſit pas non plus à ſa réputation.

Il étoit notoire que les Chirurgiens pendant pluſieurs ſiécles avoient employé le cautère actuel ; & quoique la ligature eût été pratiqué du tems de Celſe, on n'y avoit pas fait attention depuis, nonobſtant qu'Albucaſis (1) en parle auſſi : en ſorte que les paſſages que Paré citoit des auteurs qui ont vécu après Celſe, n'étoient pas regardés comme ayant un grand poids, & peutêtre ſeulement comme des exceptions à la règle générale : ou ſi l'on y faiſoit quelque attention, on les regardoit plutôt comme des maximes de ſpéculation que de pratique.

Ainſi il falloit que le ſuccès décidât ſi cette méthode devoit ſubſiſter ou tomber. Et quoiqu'il n'y ait peutêtre jamais eu de point conteſté qui fût auſſi clair que celui-ci, il n'a pas laiſſé d'avoir le ſort ordinaire des découvertes utiles. On l'a combattu &

(1) Page 149.

censuré. Il y a néanmoins toute apparence qu'il s'établira enfin plus généralement ; quoique jusqu'à présent il ne soit pas reçu aussi universellement que l'on auroit lieu de souhaiter.

Quant aux objections que l'on fit alors contre la ligature des vaisseaux dans quelque occasion ou dans quelque circonstance qu'elle pût être employée, elles sont à peu près les mêmes que celles que font quelques modernes contre l'usage illimité de cette pratique : en sorte que ces modernes, quoiqu'ils se servent de l'aiguille dans des opérations capitales, ne s'en servent néanmoins que d'une maniere très-bornée, & seulement pour deux ou trois des plus gros vaisseaux ; & pour arrêter le sang des autres ils employent la compression, les styptiques, ou les escarotiques.

Les objections que l'on faisoit donc contre cette méthode, outre sa prétendue incertitude, étoient, sa longueur en comparaison du cautère ; la douleur de la piquure, que l'on prétendoit être égale à celle du cautère ;

& le danger qui réſultoit de cette piquure. On croyoit que ſi l'aiguille venoit à piquer une partie nerveuſe ou un nerf même, il s'enſuivroit néceſſairement une inflammation; que de l'inflammation s'enſuivroient des convulſions, & des convulſions la mort.

Lorſqu'on trouve de pareils préjugés ſi vivement ſoutenus par les plus grands praticiens des tems ſuivans, & entr'autres par Fabrice d'Aquapendente & par Hildanus (1), dont les écrits étoient regardés preſque comme des oracles durant le dernier ſiécle, il n'eſt pas ſurprenant que l'établiſſement de cette méthode ait été réſervé à nos jours.

En examinant tous les écrits d'Aquapendente (2), je ne trouve pas qu'il ſe ſoit jamais ſervi de l'aiguille: & quoiqu'il parle de la ligature & des pincettes, il ne s'en ſert que rarement. Il en condamne même l'uſage par le paſſage ſuivant qu'il cite de Galien (3): *Quòd ſi laqueis tentes*

(1) Page 812.
(2) Page 86.
(3) Méthod. liv. 14.

arterias ligare, ſympatheiæ oboriuntur, id eſt affectiones per conſenſum.

Et ce qui prouve entr'autres choſes que le reméde d'Aquapendente contre l'hémorragie étoit le cautère, c'eſt la maniere dont il fait l'amputation de la mammelle, qu'il conſeille de couper avec un couteau rougi au feu, ou avec un couteau pointu fait de corne ou de bois trempé dans l'eau forte; croyant que par ce moyen les vaiſſeaux ſeront cauteriſés à meſure qu'on fera l'inciſion (1).

Il eſt vrai que dans pluſieurs endroits de ſes ouvrages il fait une vive peinture de l'état déplorable de la Chirurgie par rapport aux amputations. Il reconnoît l'incertitude cruelle où l'on étoit de pouvoir arrêter le ſang par le cautère actuel; & principalement par cette raiſon il recommande que l'amputation d'un membre gangrené ſe faſſe un pouce ou un pouce & demi au-deſſous de l'extrêmité de la mortification.

Depuis cinquante ans cette barbare

(1) Voyez auſſi Hildanus, page 803, 804, 813, qui conſeille la même méthode.

pratique

pratique a été peu à peu abolie en France & en Angleterre ; mais elle ne l'eſt pas abſolument dans toutes les parties de l'Europe. Le ſavant & ingénieux Heiſter eſt ſi éloigné de rejetter entiérement le cautère actuel dans de grandes hémorragies, qu'il ſemble plutôt en extenuer la cruauté, convenant toutefois qu'il eſt inefficace dans les plaies de l'artère crurale ou brachiale ; c'eſt pourquoi dans ces cas-là il recommande la ligature comme le reméde le plus ſûr (1).

J'ai dit que l'uſage du cautère actuel étoit aboli en France de même qu'en Angleterre. Cependant tous les Chirurgiens François n'employent pas l'aiguille dans tous les cas où l'on recommandoit auparavant le feu ; mais ils y ſuppléent par d'autres moyens, qu'ils employent en commun avec l'aiguille.

M. Guiſard (2) dit, que quand on veut ſe ſervir de la ligature, il faut examiner s'il n'y a point de nerf près

(1) Heiſter, vol. 1. page 78 & page 499. Mais il dit que les modernes ne l'approuvent pas, parce que l'eſcarre tombe ſouvent après le troiſiéme jour.
(2) Page 319.

du vaiſſeauque l'on veut lier ; & que s'il y en a un, il faut l'écarter, crainte de le lier avec le vaiſſeau ; parcequ'alors il cauſeroit au malade une douleur cruelle, & peutêtre un délire ou des convulſions.

M. Le Dran (1) dit, qu'il y a trois manieres d'arrêter le ſang ; la premiere par le bouton de vitriol ; la ſeconde par le bouton d'alun ; la troiſiéme par la ligature ; & que chacune de ces méthodes a ſon bon & ſon mauvais. Le vitriol ſe diſſout très-facilement, & en ſe répandant il cautériſe toutes les parties voiſines. L'alun n'étant que ſtyptique, on ne doit pas y compter autant que ſur le vitriol contre les hémorragies récentes. La ligature, quoique le moyen le plus ſûr, eſt ſujette à cet inconvénient, qu'il eſt très-difficile de ne pas lier le nerf qui accompagne l'artère ; & ſi on le lie, il cauſe dans peu de jours des convulſions qui obligent de le couper. M. Le Dran nous apprend enſuite quelles ſont les différentes circonſtances qui demandent l'uſage de ces diverſes méthodes.

(1) Page 559.

On voit par cet échantillon, que quoique tous ces Meſſieurs reconnoiſſent l'efficacité ſupérieure de l'aiguille, quelques-uns néanmoins n'en adoptent encore l'uſage qu'avec certaines reſtrictions. La plûpart ſoutiennent ouvertement les anciennes opinions, tandis que d'autres ſemblent être tenus en échec par les premiers ſans oſer avouer leurs craintes. Ainſi rien ne contribueroit davantage à la perfection de la Chirurgie que de diſſiper ces vaines appréhenſions, parce-qu'il n'eſt point de cas auſſi commun que celui-ci, du moins où la ſanté & la vie du malade dépendent autant d'une méthode particuliere de traitement par préférence aux autres.

On trouvoit autrefois par expérience, que ſi l'eſcarre ſe ſéparoit d'un gros vaiſſeau peu de jours après qu'on avoit appliqué le cautère actuel, l'hémorragie recommençoit ordinairement ; & on convient que cet accident étoit très-commun. Or, ſi le cautère actuel étoit ſujet à cet inconvénient, combien plus le cautère potentiel doit il y être ſujet ? puiſque

ce dernier, quoiqu'il agiſſe à peu près de la même façon, ne forme pas une eſcarre auſſi profonde ni auſſi dure, laquelle par conſéquent eſt plus diſpoſée à tomber avant que l'extrêmité du vaiſſeau ſoit conſolidée. Mais ſi le cautère potentiel eſt un reméde incertain, tous les ſtyptiques doivent néceſſairement l'être encore davantage.

On dira ſans doute, qu'on ne recommande aujourdui le cautère potentiel que pour les plus petits vaiſſeaux, après que l'on a lié deux ou trois des plus gros. Mais tout praticien expérimenté ſait, que dans des cas où l'on a fait ſix, ſept, huit ligatures, ou même davantage, on voit ſouvent une nouvelle hémorragie provenant de la dilatation des vaiſſeaux lorſque la fiévre ſymptomatique eſt violente. Et même, nonobſtant la grande quantité de ligatures que nous pratiquons en Angleterre, nous ne nous croyons jamais entiérement à couvert d'une nouvelle hémorragie. Combien donc cet accident doit-il être fréquent lorſqu'on ne lie que

deux ou trois des principaux vaiſſeaux ?

Il eſt vrai que pour prévenir ces nouvelles hémorragies après une opération, on ordonne la compreſſion de toute eſpèce : avec la main contre les extrêmités des vaiſſeaux : avec un bandage autour du membre : & quelquefois même avec le tourniquet. Il faut avouer qu'on peut appliquer de telle façon un bandage, qu'il empêche le plus petit écoulement de ſang : mais alors l'hémorragie n'eſt pas arrêtée par un ſerrement particulier du vaiſſeau qui ſaigne, & ſeulement à ſon extrêmité, mais par un empêchement total de la circulation dans la partie du membre qui eſt au-deſſous du bandage. Or, il n'eſt pas beſoin d'un grand raiſonnement pour montrer combien dangereuſes peuvent être les conſéquences d'un pareil empêchement continué durant pluſieurs heures, ſurtout lorſque l'on conſidére qu'ordinairement le malade eſt affoibli, & que peutêtre auſſi en certains cas la partie même où l'on arrête ainſi a circulation, peu, à cauſe qu'elle

eſt voiſine du membre gangrené, ſe trouver moins capable de ſouffrir cette ſtaguation paſſagére.

Mais, ce qui eſt très-remarquable, c'eſt que les Chirurgiens qui ménagent ſi fort la ligature, par la crainte qu'ils ont de comprimer les nerfs, ſont expoſés à peu près au même danger, ſuppoſé qu'il y en ait aucun, par le petit nombre de ligatures qu'ils employent, que ceux qui ſe ſervent de l'aiguille partout où ils découvrent un vaiſſeau qui ſaigne : car les principaux nerfs ſont tellement contigus aux deux ou trois artères que lient ces Chirurgiens, qu'il eſt preſque impoſſible de ſaiſir une certaine quantité de chair avec ces vaiſſeaux, ſans que les nerfs ſoient enfermés dans la ligature.

Il s'enſuit donc du fait ainſi expoſé, que ces demi-partiſans de l'aiguille, pour le peu qu'ils en uſent, tombent dans l'inconvénient même auquel ils croyent qu'elle eſt ſujette ; tandis qu'en même tems ils s'abſtiennent par une crainte mal-fondée, de l'employer pour les vaiſſeaux où elle

eſt ſi peu ſujette à l'inconvénient qu'ils lui réprochent.

Or, que les conſéquences fâcheuſes que l'on craint de la ligature des nerfs, ſoient purement imaginaires, c'eſt ce qu'il eſt aiſé de comprendre par les réflexions ſuivantes.

Premiérement, on ne lie que l'extrêmité du nerf coupé, & dans la méthode des applications on n'agit pas avec moins de violence ſur cette extrêmité; en ſorte que le tort qu'on fait aux nerfs eſt à peu près le même dans l'un & l'autre cas, du moins lorſque cela ſe pratique ſur les nerfs qui ſe rencontrent dans les amputations ordinaires.

Secondement, ſi la ligature des nerfs produiſoit des convulſions, ce ſeroit, comme il y a toute apparence, durant l'opération même, ou peu d'heures après, & non pas au bout de quelques jours, comme l'on prétend, c'eſt-à-dire, lorſque les convulſions ſont évidemment l'effet & non pas la cauſe de l'état moribond du malade, puiſqu'elles n'ont aucun caractére qui les diſtingue de celles qui ſur-

viennent dans une fiévre ordinaire; ou dans toute autre maladie, vers les derniers momens de la vie.

Enfin, l'expérience montre que le ſuccès de l'opération ne dépend en aucune façon du plus grand ou du plus petit nombre de ligatures : or il en dépendroit manifeſtement, ſi leur grand nombre produiſoit des convulſions. Et cependant les ſymptomes ſont à peu près les mêmes, ſoit qu'on faſſe peu ou beaucoup de ligatures.

Il n'eſt pas difficile d'expliquer pourquoi cette doctrine a trouvé tant de partiſans : cela vient de l'idée qu'on ſe forme du mécaniſme des nerfs. Mais l'expérience nous apprend bien ici combien on doit peu compter ſur les ſpéculations. Dez que Paré eut publié ſa nouvelle méthode, on fit la même objection contre, non pas en ſe fondant ſur des obſervations de pratique, mais ſur des raiſonnemens que l'on croyoit fort ſolides. Et néanmoins on connoît ſi peu cette matiére, qu'à la honte de la théorie on a découvert par l'opération

de l'anevryſme dans le pli du bras, qu'on peut lier le gros nerf qui eſt contigu à l'artère, non-ſeulement ſans cauſer des convulſions mortelles, mais encore ſans qu'il en arrive aucun inconvénient notable. C'eſt un accident qu'on n'évite preſque jamais, quoique les auteurs de Chirurgie recommandent de l'éviter. Ceux qui voudront ſavoir les effets qu'il produit, peuvent lire ce qui en eſt rapporté dans les Inſtit. de Bologne, vol. 2. part. 2. page 65. où l'on trouve les hiſtoires des diſſections de ces parties dans des malades à qui Valſalva avoit fait l'opération quelques années avant leur mort. L'auteur de ces hiſtoires appréhende ſi peu le danger de lier le nerf, qu'il conſeille aux Chirurgiens de ne point s'en embarraſſer, mais d'achever l'opération avec la promptitude convenable, & ſans avoir aucun égard à une précaution ſi peu importante.

J'eſpére qu'on ne me blâmera pas d'avoir travaillé à établir un point qui n'eſt conteſté par aucun habile homme de Londres. Ce qui ſuffit pour me juſtifier, c'eſt que les écrits des il-

lustres Chirurgiens dont je parle, sont entre les mains de nos étudians Anglois, & peuvent les induire en erreur, si on n'avoit pas soin de les avertir du danger. D'ailleurs les progrès de toute espèce se répandent lentement; & la ligature des vaisseaux, qui est un de ceux qu'a fait la Chirurgie, n'est pas encore universellement pratiquée dans les pays qui sont éloignés de l'Angleterre: c'est pourquoi je me flatte qu'on ne regardera pas comme un travail inutile, d'avoir montré un peu au long les avantages de cette méthode.

FIN.

gli. ch



